

Zwischenbericht

der ENQUETE-KOMMISSION Demographischer Wandel*) — Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik —

Inhaltsverzeichnis

	Seite
0 Auftrag und Durchführung der Arbeit der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel — Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik“	15
0.1 Problembeschreibung, Entstehung und Auftrag der Kommission	15
0.2 Zusammensetzung der Kommission	16
0.3 Bisherige Arbeit der Kommission	17
0.4 Schwerpunkte des vorliegenden Berichts und weiter zu bearbeitende Themen	18
0.5 Empfehlung zur Fortführung der Arbeit der Enquete-Kommission in der nächsten Wahlperiode	20
Erster Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“	21
1 Demographischer Wandel: Die Daten und ihre Entwicklung bis 2030	21
1.0 Die derzeitige demographische Lage in Deutschland	21
1.1 Grundtendenzen des demographischen Wandels	22
1.1.1 Natürliche Bevölkerungsbewegung	22
1.1.1.1 Fertilität	22
1.1.1.1.1 Die Entwicklung der Geburten seit 1950	23
1.1.1.1.2 Unterschiede der aktuellen Geburtenentwicklung zwischen den neuen und den alten Bundesländern	24
1.1.1.1.3 Regionale Unterschiede der Geburtenhäufigkeit	25
1.1.1.1.4 Geburten nach Familienstand	25
1.1.1.1.5 Trends der Fertilität bis zum Jahr 2030	25
1.1.1.2 Mortalität	26
1.1.1.2.1 Die Entwicklung der Mortalität seit 1950	26
1.1.1.2.2 Geschlechtsspezifische Mortalitätsrisiken	27

*) Eingesetzt durch Beschluß des Deutschen Bundestages vom 16. Oktober und 2. Dezember 1992 — Drucksachen 12/2272, 12/3460, 12/3461, 12/3717.

	Seite	
1.1.1.2.3	Soziale Determinanten der Lebenserwartung	29
1.1.1.2.4	Trends der Mortalität bis 2030	29
1.1.2	Räumliche Bevölkerungsbewegung	29
1.1.2.1	Außenwanderungen	29
1.1.2.1.1	Zuwanderung und Abwanderung in das/aus dem Bundesgebiet seit 1950	29
1.1.2.1.2	Hauptherkunftsländer der Zuwanderinnen und Zuwanderern . .	31
1.1.2.1.3	Zielgebiet: Neue bzw. alte Bundesländer und siedlungsstrukturel- ler Gebietstyp	32
1.1.2.1.4	Trends der Zuwanderung bis 2030	32
1.1.2.1.5	Zuwanderung und Integrationsbedarf	32
1.1.2.2	Binnenwanderungen	33
1.1.2.2.1	West-West-Wanderungen	33
1.1.2.2.2	Ost-West-/West-Ost-Wanderungen	33
1.1.2.2.3	Ost-Ost-Wanderungen	33
1.1.2.2.4	Altenwanderungen	33
1.2	Alternde Gesellschaft	35
1.2.1	Die Altersstruktur Deutschlands und ihre Veränderung bis 2030	35
1.2.1.1	Die Entwicklung der Altersstruktur Deutschlands seit 1900	35
1.2.1.2	Jugend-, Alten- und Gesamtquotient, Zahl der Personen im Erwerbsalter	37
1.2.1.3	Geschlechtsspezifische Alterung	39
1.2.1.4	Hochaltrigkeit	39
1.2.2	Die räumliche Dimension der Alterung	41
1.2.2.1	Alterung im europäischen Vergleich	41
1.2.2.2	Alterung in den neuen und in den alten Bundesländern	42
1.2.2.3	Regionale Alterung	43
1.2.2.4	Der Einfluß von Wanderungen auf den Alterungsprozeß	45
1.2.3	Ältere Ausländerinnen und Ausländer	46
1.3	Varianten der Bevölkerungsentwicklung bis 2030	48
1.3.1	Annahmen und Ergebnisse verschiedener Szenarien	48
1.3.1.1	Entwicklung der Ausgangsbevölkerung bei konstanter Fertilität, Mortalität und ohne Wanderungen (nach Steinmann 1993)	48
1.3.1.2	Erste Modellrechnung (Statistisches Bundesamt, August 1993) .	50
1.3.1.3	Zweite Modellrechnung (Birg und Flöthmann, August 1993) . . .	52
1.3.1.4	Dritte Modellrechnung (Deutsches Institut für Wirtschaftsfors- chung, Juli 1993)	53
1.3.1.5	Regionale Bevölkerungsvorausschätzung (Bundesforschungsan- stalt für Landeskunde und Raumordnung, März 1993)	54
1.3.2	Synopse	56
	Literaturverzeichnis Kapitel 1	58
2	Familie und soziales Umfeld	60
2.0	Vorbemerkung	60
2.1	Familienbegriff	60
2.2	Familienstrukturen	61
2.2.1	Mögliche Ursachen des Wandels der Familienstrukturen	61
2.2.2	Auswirkungen des Wandels der Familienstrukturen auf verschie- dene Lebensformen	62

	Seite	
2.2.2.1	Eheliche Lebensgemeinschaften	62
2.2.2.2	Nichteheliche Lebensgemeinschaften	66
2.2.2.3	Alleinlebende/Singles	68
2.2.2.4	Alleinerziehende	69
2.2.2.5	Haushaltsstrukturen	70
2.2.2.6	Elternschaft und Kinderwunsch	71
2.2.3	Zusammenfassung zukünftiger Tendenzen	72
2.3	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	74
2.3.1	Wünsche und Bedürfnisse der Frauen	74
2.3.2	Wünsche und Bedürfnisse der Männer	75
2.3.3	Bedingungen zur Realisierung	76
2.3.3.1	In den Familien	76
2.3.3.2	In der Arbeitswelt	77
2.3.4	Zusammenfassung zukünftiger Tendenzen	77
2.4	Generationenbeziehungen	78
2.4.1	Solidarität oder Konflikt zwischen den Generationen	78
2.4.2	Veränderte Verwandtschaftsstrukturen	79
2.4.3	Familienbeziehungen in späteren Phasen des Familienzyklus	80
2.4.4	Familiale und soziale Beziehungen älterer Ausländer	82
2.4.5	Zusammenfassung zukünftiger Tendenzen	84
2.5	Außerfamiliale Hilfs- und Unterstützungspotentiale	85
2.5.1	Situation in den neuen Bundesländern	85
2.5.1.1	Familiale Situation	85
2.5.1.2	Anbindung an den Betrieb	86
2.5.1.3	Familienunterstützende und familienersetzende Dienste	86
2.5.1.4	Ausblick	86
2.5.2	In den neuen Bundesländern wirksame Prägungen und Entwicklungen	87
2.5.2.1	Soziale Netzwerke	87
2.5.2.2	Staatliche Unterstützungsangebote	88
2.5.2.3	Privatwirtschaftliche Unterstützungsangebote	88
2.5.2.4	Familienselbsthilfe	89
2.5.2.5	Zukünftige Tendenzen	89
2.5.3	In den alten Bundesländern wirksame Prägungen und Entwicklungen	89
2.5.3.1	Soziale Netzwerke	89
2.5.3.2	Staatlich bzw. sozialversicherungsrechtlich finanzierte Dienste	90
2.5.3.3	Privat finanzierte Dienste	91
2.5.3.4	Zukünftige Tendenzen	91
2.6	Anforderungen an die Politik	91
2.6.1	Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf	92
2.6.2	Urlaubsgewährung zur Erfüllung von Familienpflichten	92
2.6.3	Finanzielle Besserstellung von Familien	93
2.6.4	Ausbau der sozialen Hilfsdienste	93
2.6.5	Ausbau zugehender Beratungs- und Hilfsdienste für Familien in Problemsituationen	94
2.6.6	Koordination/Vernetzung sozialer Dienste	95
2.6.7	Einschränkung der Regreßforderungen bei Sozialhilfebezug	95
	Literaturverzeichnis Kapitel 2	97

	Seite
3	Wirtschaft und Arbeitsmarkt 100
3.0	Vorbemerkung 100
3.1	Die aktuelle Situation am Arbeitsmarkt 100
3.1.1	Entwicklung und Stand von Erwerbspersonenpotential und Erwerbstätigenstruktur 101
3.1.2	Arbeitslosigkeit: Niveau und Struktur 105
3.2	Zukünftige Arbeitsmarktentwicklung bis 2030 108
3.2.1	Vorbemerkung 108
3.2.2	Die Entwicklung des Arbeitsangebotes 109
3.2.3	Die Entwicklung der Arbeitsnachfrage 111
3.2.4	Zwischenfazit 112
3.3	Handlungsbedarf 114
3.4	Optionen 115
3.4.1	Allgemeiner Rahmen und Beurteilungskriterien 115
3.4.2	Erhöhung der Arbeitsproduktivität 116
3.4.3	Flexibilisierung der Arbeitszeit 119
3.4.4	Förderung der Alterserwerbsarbeit 120
3.4.5	Steigerung der Frauenerwerbstätigkeit 121
3.4.6	Steuerung der Zuwanderung 122
3.4.7	Synopse 123
3.5	Zusammenfassung 124
	Literaturverzeichnis Kapitel 3 125
	Anhang 127
4	Materielle Situation 140
4.0	Vorbemerkung 140
4.1	Gegenwärtige Lage (Lageanalyse) 141
4.1.1	Demographische Angaben 142
4.1.2	Erfassungsgrad und Leistungen in ausgewählten Alterssiche- rungssystemen für abhängig Beschäftigte 143
4.1.2.1	Erfassungsgrad 143
4.1.2.2	Leistungen 144
4.1.3	Unzureichend gesicherte Personengruppen 151
4.1.4	Einkommen aus Vermögen, Vermietung und Verpachtung 152
4.1.5	Einkommenslage der Rentner in den neuen Bundesländern 152
4.1.6	Einkommenslage von Zuwanderern 154
4.2	Zentrale Einflußfaktoren für die zukünftige Entwicklung der Einkommenslage im Alter 156
4.2.1	Vorbemerkung 156
4.2.2	Haushaltsstruktur 157
4.2.3	Arbeitsmarktentwicklung 158
4.2.4	Zuwanderung 160
4.2.4.1	Zur Entwicklung der materiellen Situation von Zugewanderten im Alter 160
4.2.4.2	Auswirkungen von Nettozuwanderungen 162
4.2.5	Entwicklung der Vermögen privater Haushalte 163
4.2.6	Gesundheit 165
4.2.7	Exkurs: Die Entwicklung in den neuen Bundesländern 165
4.3	Fazit 169
4.3.1	Altersarmut, alte und neue Risikogruppen 169

	Seite	
4.3.2	Versorgungslücken im Hinblick auf die „Lebensstandardsicherung“	170
4.4	Handlungsbedarf und Optionen	170
4.4.1	Handlungsbedarf im Hinblick auf eine unzureichende materielle Ausstattung im Alter (Armut)	170
4.4.2	Handlungsbedarf bezüglich der Aufrechterhaltung des „Lebensstandards“	172
	Literaturverzeichnis Kapitel 4	177
5	Aktives Älterwerden	180
5.1	Sichtweise eines größeren Teils der Kommission	180
5.1.1	Ausgangslage	180
5.1.1.1	Zur Begriffsklärung	180
5.1.1.2	Voraussetzungen aktiven Alterns	181
5.1.1.3	Formen aktiven Alterns	186
5.1.1.3.1	Berufliche Aktivität	186
5.1.1.3.2	Alltagsaktivitäten im Ruhestand	188
5.1.1.3.3	Mediennutzung im Alter — Konsum oder Aktivität?	188
5.1.1.3.4	Informelle soziale Aktivitäten	190
5.1.1.3.5	Soziale Aktivität in Vereinen (außer Sportvereinen)	191
5.1.1.3.6	Sportliche Aktivität	192
5.1.1.3.7	Nutzung von Bildungsmöglichkeiten	193
5.1.1.3.8	Politische Aktivität	194
5.1.1.3.9	Urlaubsreisen	195
5.1.1.3.10	Nachberufliche Tätigkeiten	195
5.1.2	Möglichkeiten von Vorhersagen über die Zukunft aktiven Alterns	198
5.1.2.1	Theoretische Grundlagen	198
5.1.2.2	Vorhersagen bezüglich der Kompetenzen künftiger Altersgenerationen	198
5.1.2.2.1	Geistige Leistungsfähigkeit	198
5.1.2.2.2	Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand	199
5.1.2.2.3	Berufliche Leistungsfähigkeit	199
5.1.2.2.4	Alltagskompetenz	199
5.1.2.2.5	Soziale Kompetenz	199
5.1.2.2.6	Mobilität	200
5.1.2.3	Vorhersagen hinsichtlich der künftigen Entwicklung verschiedener Formen aktiven Alterns	200
5.1.2.3.1	Berufliche Aktivität	200
5.1.2.3.2	Freizeitverhalten im Jahre 2020	200
5.1.2.3.3	Sportliche Aktivitäten	201
5.1.2.3.4	Soziale Aktivitäten	201
5.1.2.3.5	Politische Aktivität	201
5.1.2.3.6	Engagement in ehrenamtlichen Aktivitäten	201
5.2	Sichtweise eines kleineren Teils der Kommission	202
5.2.1	Zur Bedeutung des theoretischen Zugangs zur Thematik für die Politikgestaltung	202
5.2.1.1	Positionserklärungen	202
5.2.1.2	Beiträge verschiedener wissenschaftlicher Fachdisziplinen	203
5.2.2	Voraussetzungen und Einschränkungen des „aktiven Älterwerdens“	204
5.2.2.1	Einwirkungen des kalendarischen Alters	204
5.2.2.2	Einwirkungen der Geschlechtszugehörigkeit	205

	Seite	
5.2.2.3	Einwirkungen des sozio-ökonomischen Status	206
5.2.2.4	Ergänzende Anmerkungen u. a. bezogen auf Aspekte der ethnischen Zugehörigkeit	207
5.2.3	Aktivitätsbegrenzungen und Wirkungseinschränkungen unter erschwerten Bedingungen	208
5.2.3.1	Teilnahme älterer Arbeitnehmer am Erwerbsleben	208
5.2.3.2	Unfreiwillige Frühverrentungen und vorzeitige berufliche Entpflichtungen als bleibende individuelle und kollektive Herausforderung	209
5.2.3.3	Die Beteiligung Älterer in der Politik und die Forderungen nach Seniorenbeiräten bzw. nach Interessenvertretung durch Dritte	210
5.2.3.4	Potentiale, Kompetenzen und Produktivität — neue Überlegungen zum Umgang mit Niveauerhöhungen und wachsenden Funktionsverlusten	212
5.3	Anforderungen an die Politik	214
5.3.1	Handlungsbedarf	214
5.3.1.1	Zur Bildungspolitik	214
5.3.1.2	Zur Altenarbeit	215
5.3.1.3	Zur Gesundheitsförderung	215
5.3.1.4	Zur Mobilität	215
5.3.1.5	Zur Sozialpolitik und politischer Mitwirkung	216
	Literaturverzeichnis Kapitel 5	217
6	Wohnen und Wohnumfeld	223
6.0	Vorbemerkung	223
6.1	Wohnungsbestand und Bedarfsentwicklung bis zum Jahr 2030	223
6.1.1	Wohnungsbestand, Baubedarf und Bauflächenbedarf	223
6.1.2	Wohnungsflächenentwicklung	225
6.1.3	Eigentum und Eigentumsentwicklung	226
6.1.4	Regionale Entwicklungen und Bedarf	228
6.2	Wohnsituation und demographische Entwicklung	230
6.2.1	Wohnungsausstattung und Bewertung der Standorte	230
6.2.2	Bestand und zukünftiger Bedarf an alter(n)sgerechten Wohnungen	232
6.2.3	Bedarf für Sondergruppen	233
6.2.4	Fördermöglichkeiten und Instrumente	234
6.3	Wohnbedürfnisse und spezifische Altenwohnformen	235
6.3.1	Entwicklungen der Wohnbedürfnisse und des Wohnbedarfs im Generationenvergleich	235
6.3.2	Spezifische Wohnformen älterer Menschen	238
6.3.3	Neue Wohnformen und Wohnmodelle — Erfahrungen im europäischen Ausland	242
6.4	Wohnumfeld und Wohnumwelt	243
6.4.1	Unmittelbares Wohnumfeld (Haus, Straße, Quartier, Stadtteil)	243
6.4.2	Unterschiede zwischen Stadt, Umland der Städte und Land	244
6.4.3	Zusammensetzung der Quartiere	245
6.4.3.1	Strukturelle Veränderungen	245
6.4.3.2	Sozialer Wandel	246

	Seite
6.5	Kommunale und regionale Infrastruktur 246
6.5.1	Wohnungs- und quartierbezogene Dienste und Einrichtungen 247
6.5.2	Verkehrsinfrastruktur 249
6.6	Anforderungen an die Politik 251
	Literaturverzeichnis Kapitel 6 257
7	Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung 260
7.1	Gesundheitliche Situation 260
7.1.1	Gesundheit im Alter und vorausgegangene Einflußfaktoren 260
7.1.2	Epidemiologie von Krankheit und Behinderung im Alter 262
7.1.2.1	Somatische Erkrankungen im Alter 263
7.1.2.2	Psychische Erkrankungen im Alter 267
7.1.2.3	Folgen von Erkrankungen 270
7.1.3	Fazit und Zukunftsperspektiven 273
7.2	Älterwerden von jung an Behinderter 274
7.2.1	Ausgangslage älter werdender von jung an Behinderter 274
7.2.2	Fazit und Zukunftsperspektiven 276
7.3	Prävention 277
7.3.1	Ausgangslage für Prävention und Gesundheitsförderung 277
7.3.2	Fazit und Zukunftsperspektiven 281
7.4	Aspekte des Versorgungssystems 282
7.4.1	Stationäre Akutversorgung 283
7.4.1.1	Stationäre geriatrische Akutversorgung 284
7.4.1.2	Stationäre gerontopsychiatrische Akutversorgung 286
7.4.2	Rehabilitation 287
7.4.3	Stationäre Langzeitversorgung 289
7.4.4	Ambulante ärztliche Versorgung 292
7.4.5	Ambulante sozialpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung 293
7.4.6	Fazit und Zukunftsperspektiven 296
7.5	Forschung 302
7.5.1	Ausgangslage der gerontologischen Forschung unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Versorgung 302
7.5.2	Fazit und Zukunftsperspektiven 302
7.6	Aus-, Weiter- und Fortbildung 306
7.6.1	Ausgangslage in der Aus-, Weiter- und Fortbildung 306
7.6.2	Fazit und Zukunftsperspektiven 310
7.7	Politischer Handlungsbedarf 312
7.7.1	Verbesserte Gesundheits- u. Altersberichterstattung 312
7.7.2	Forderungen politischer Maßnahmen für das Altwerden von jung an Behinderter 313
7.7.3	Politische Forderungen zum Bereich der Prävention 314
7.7.4	Politische Forderungen an das gesundheitliche Versorgungssystem 315
7.7.5	Politische Forderungen zur gerontologischen Forschung 317
7.7.6	Politische Forderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung 318
	Literaturverzeichnis Kapitel 7 320

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen**Abbildungen**

	Seite
Kapitel 1	
Abb. 1: Zusammengefaßte Geburtenrate im Bundesgebiet/alte Bundesländer (ABL) und in der DDR/neue Bundesländer (NBL) (1950 bis 1992)	24
Abb. 2: Lebenserwartung bei Geburt im Bundesgebiet und in der DDR (1950 bis 1990)	27
Abb. 3: 65jährige bzw. 80jährige und ältere nach Geschlecht in Deutschland (1950 bis 2030)	28
Abb. 4: Wanderungen über die Grenzen Deutschlands	30
Abb. 5: Binnenwanderungssalden und — ströme der 55jährigen und älteren zwischen den Bundesländern 1991/92	34
Abb. 6: Geborene, die das Alter von 60 bzw. 80 Jahren erreichten	36
Abb. 7: Alters- und Geschlechtsstruktur der Wohnbevölkerung in Deutschland am 1. Januar 1992	42
Abb. 8: Altenanteil 1991	44
Abb. 9: Veränderung der Zahl der „Alten“ 1991 bis 2010	45
Abb. 10: Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Wohnbevölkerung Deutschlands bis 2030 bei konstanter Fertilität und Mortalität, ohne weitere Einwanderung	49
Abb. 11: Entwicklung der Wohnbevölkerung Deutschlands bis zum Jahr 2030	57
Kapitel 2	
Abb. 12: Anzahl der Alleinlebenden im Zeitvergleich 1972 und 1991 ...	68
Kapitel 3	
Abb. 13: Arbeitsmarktentwicklung in den alten Bundesländern 1970 bis 1993	101
Abb. 14: Arbeitsmarktentwicklung in den neuen Bundesländern 1989 bis 1993	101
Abb. 15: Erwerbstätige Männer und Frauen nach unterschiedlichen Anforderungsprofilen 1989	103
Abb. 16: Einkommensniveaus und Frauenanteile in den Wirtschaftsbereichen der Bundesrepublik 1989	104
Abb. 17: Qualifikationsspezifische Arbeitslosenquoten in beiden Teilen Deutschlands	107
Abb. 18: Gesamtdeutsches Erwerbspersonenpotential 1990—2030	109
Abb. 19: Erwerbspersonenpotential bis 2030	110
Abb. 20: Altersstruktur des Erwerbspersonenpotentials	110
Abb. 21: Erwerbstätige nach Tätigkeitsgruppen	111
Abb. 22: Arbeitskräftebedarf nach Qualifikationsebenen	112
Abb. 23: Arbeitsmarktbilanz in den alten Bundesländern	113
Abb. 24: Arbeitsmarktbilanz in den neuen Bundesländern	113
Kapitel 4	
Abb. 25: Die Wirkung der demographischen Entwicklung auf die Einkommenslage von Altenhaushalten unter Berücksichtigung externer Interdependenzen	156

	Seite
Kapitel 5	
Abb. 26: T-Werte für Basiskompetenz (basic competence) und erweiterte Kompetenz (expanded competence)	182
Abb. 27: Was im Haushalt dazugehört (1991)	183
Kapitel 6	
Abb. 28: Standards des altengerechten Wohnens	235
Abb. 29: Standards des Betreuten Wohnens	239
Abb. 30: Standards des modernen institutionellen Wohnens	241
Abb. 31: Idealtypische Wohnumfeldbedingungen zur Erfüllung der Wohnbedürfnisse alter und behinderter Menschen	244
Kapitel 7	
Abb. 32: Szenarien zur Morbiditätsentwicklung	261
Abb. 33: Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes	262
Abb. 34: Veränderungen des Bestands an Krebspatienten in den Niederlanden	266
Abb. 35: Prävalenz der Demenz im höheren Lebensalter	268
Abb. 36: Determinanten zur Bestimmung der zukünftigen Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen	272
Abb. 37: Krankenhausfälle nach Alterstruktur 1985 und 2000	298
Tabellen	
Kapitel 1	
Tab. 1: Indikatoren der Geburtenhäufigkeit im Bundesgebiet/alte Bundesländer (ABL) und in der DDR/neue Bundesländer (NBL) (1950 bis 1992)	23
Tab. 2: Kohortenspezifischer Fertilitätsrückgang in den neuen Bundesländern	24
Tab. 3: Entwicklung der Nettofortpflanzungsrate in der Europäischen Union (1960 bis 1991)	25
Tab. 4: Lebenserwartung im Bundesgebiet/ABL und in der DDR/NBL (1950 bis 1991)	26
Tab. 5: Natürliche und räumliche Bevölkerungsbewegung in der früheren Bundesrepublik seit 1950 und Prognose für Gesamtdeutschland bis zum Jahr 2000 — Personen in Mio.	30
Tab. 6: Zuzüge ins frühere Bundesgebiet nach ihrer Herkunft (Personen in 1000, Anteile in v. H.)	31
Tab. 7: Entwicklung der Zahl und des Anteils der 60jährigen und älteren (1900 bis 1991)	35
Tab. 8: Bevölkerung nach Hauptaltersgruppen in der Bundesrepublik/ABL und in DDR/NBL (1950 bis 1991)	37
Tab. 9: Jugend-, Alten- und Gesamtquotient in der Bundesrepublik/ABL und in der DDR/NBL — in Personen — (1950 bis 1991) — in Personen — und Index 1950 = 100	38
Tab. 10: Demographische „Lasten“-Quotienten (1990 bis 2030)	38
Tab. 11: Personen im Kindes- und Jugendalter und im Erwerbsalter in Deutschland (1990 bis 2030)	38
Tab. 12: Entwicklung der Zahl und des Anteils der 60jährigen und älteren Frauen und Männer in Deutschland (1900 bis 1991)	39
Tab. 13: Hochaltrige Männer und Frauen im Bundesgebiet/ABL und in der DDR/NBL (1950 bis 1991)	39
Tab. 14: Entwicklung der Zahl der 80jährigen und älteren bis 2030	40

	Seite
Tab. 15: Frauenüberschuß bei den ab 60jährigen in Deutschland (1990 bis 2030)	40
Tab. 16: Das Altern der Bevölkerung in Europa	41
Tab. 17: Anteil 60jähriger und älterer an der Bevölkerung in der Bundesrepublik/ABL und der DDR/NBL (1950 bis 1991)	43
Tab. 18: Wanderungen von Ausländern und Deutschen zwischen dem früheren Bundesgebiet und dem Ausland. Überschuß der Zu- (+) bzw. Fortzüge (-) (1986 bis 1989)	46
Tab. 19: Ausländerinnen und Ausländer am 31. Dezember 1992 nach Geschlecht, Familienstand und Alter	47
Tab. 20: Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in der Altersgruppe der über 60jährigen	47
Tab. 21: Aufenthaltsdauer der ausländischen Bevölkerung am 31. Dezember 1991	48
Tab. 22: Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bei unveränderter Fertilität und Mortalität, ohne Einwanderung	50
Tab. 23: Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsvorausschätzung für Deutschland (1950 bis 2030)	50
Tab. 24: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland nach Nationalität und Altersgruppen für 1993, 2010, 2020, 2030	51
Tab. 25: Entwicklung der Bevölkerungszahl Deutschlands bis 2030	52
Tab. 26: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland nach Altersgruppen (unter 20, 20 bis unter 60, 60 bis unter 80, 80 und älter) bis 2010	53
Tab. 27: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2040, Szenario I und (II)	54
Tab. 28: Langfrist-Szenarien (1990 bis 2020) altersstruktureller Veränderungen	55
Tab. 29: Eckdaten zur regionalen Alterung	56
Tab. 30: Vergleich der Ergebnisse der Modellrechnungen zur Entwicklung der Wohnbevölkerung Deutschlands bis 2030	56
 Kapitel 2	
Tab. 31: Eheschließungen und Ehelösungen von 1950—1991	63
Tab. 32: Bevölkerung nach Altersgruppen und Familienstand (1990)	64
Tab. 33: Nichteheleiche Lebensgemeinschaften nach dem Familienstand der Partner (1991)	67
Tab. 34: Alleinerziehende nach dem Familienstand (1991) (in v. H.)	69
Tab. 35: Privathaushalte mit deutscher Bezugsperson nach Haushaltsgröße von 1972—2010	70
Tab. 36: Entwicklung des Kinderwunsches vor und nach der gesellschaftlichen Wende in den neuen Bundesländern	72
Tab. 37: Anzahl der Kinder insgesamt und nach Geschlecht (in v. H.)	72
Tab. 38: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten nach eigenem Alter 1992	75
 Kapitel 3	
Tab. 39: Erwerbsquoten in den alten Bundesländern (in Prozentangaben) 1960—1990	102
Tab. 40: Erwerbstätige nach Ausbildungsniveau, Geschlecht und Alter in den alten Bundesländern 1991	102
Tab. 41: Sektorale Erwerbstätigkeit in den alten Bundesländern	104
Tab. 42: Deutsche und ausländische Erwerbstätige nach Stellung im Beruf und sektoraler Gliederung	105
Tab. 43: Strukturmerkmale der Arbeitslosigkeit	106

	Seite
Tab. 44: Arbeitslose nach Altersgruppen und Dauer, alte Bundesländer, 1992	106
Tab. 45: Arbeitslosigkeitsdauer und Wiederbeschäftigungsdauer nach Nationalität, Alter und Geschlecht	108
 Kapitel 4	
Tab. 46: Angaben zu Haushaltstyp und Haushaltsgröße	142
Tab. 47: Altersverteilung	143
Tab. 48: Bevölkerung differenziert nach Geschlecht und unter Einbeziehung in die Alterssicherungssysteme	143
Tab. 49: Die Schichtung des Nettogesamteinkommens von Ehepaaren und Alleinstehenden nach Haushaltstyp	145
Tab. 50: Ergebnisse der Auswertung der Einkommens- und Vermögensstichprobe des Jahres 1978	146
Tab. 51: Ergebnisse der Auswertung der Einkommens- und Vermögensstichprobe des Jahres 1983	148
Tab. 52: Anteil der Haushaltstypen mit nur einem Einkommensbezieher in den jeweiligen Haushaltsgrößen	150
Tab. 53: Durchschnittliche monatliche Rentenzahlbeträge in DM in den neuen und alten Bundesländern zum 1. Juli 1992 (nach Geschlecht, Versicherungsträger, Verhältnis der Zahlbeträge) ..	153
Tab. 54: Durchschnittliche monatliche Rentenzahlbeträge (DM/Monat) nach Nationalität und Geschlecht, die an Ausländer (Vertragsrenten) ins Inland gezahlt wurden	155
 Kapitel 5	
Tab. 55: Ausmaß der Kompetenz zu selbständiger Lebensführung im Alter (nach Infratest 1992)	182
Tab. 56: Erwünschtes Alter für den persönlichen Übertritt in den Ruhestand	186
Tab. 57: Alterdiskriminierung bei der Einstellung von Arbeitnehmern ..	187
Tab. 58: Fernsehkonsum. Frage: „Können Sie schätzen, wieviel Stunden Sie an einem normalen Werktag — also montags bis freitags — fernsehen, wieviel Stunden durchschnittlich pro Tag?“	189
Tab. 59: Freizeitaktivitäten Älterer und Intensität ihrer Ausübung (in v. H.)	189
Tab. 60: Freizeittätigkeiten mit Sozialkontakten im mittleren und höheren Lebensalter in der Bundesrepublik Deutschland (1989)	190
Tab. 61: Häufigkeit ausgesuchter Freizeitaktivitäten älterer Menschen ab 55 Jahren (in v. H.)	191
Tab. 62: Zugehörigkeit zu einem Verein in der jüngsten und ältesten Gruppe der Befragten (in v. H.)	192
Tab. 63: Politisches Interesse der Bevölkerung in Gesamtdeutschland nach Altersgruppen	194
Tab. 64: Engagementbereiche von Frauen und Männern in sechs Altersgruppen (1991)	196
Tab. 65: Berufliche Bildungsabschlüsse nach Altersgruppen und Geschlecht 1985	198
 Kapitel 6	
Tab. 66: Haushalte nach Größen (April 1981)	225
Tab. 67: Wohnen unter dem eigenen Dach	227
Tab. 68: Prognose: Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung	229
Tab. 69: Wohnsituation ausgewählter Altersgruppen im Vergleich neue und alte Bundesländer 1993	231
Tab. 70: Einflüsse von Biographie und Lebenssituation auf Wohnbedürfnisse	236

	Seite
Tab. 71: Szenario: „Wohnbedürfnisse zukünftiger Altengenerationen“ ..	237
Tab. 72: Angebots- und Größenstruktur von Einrichtungen der Altenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland 1992	240
 Kapitel 7	
Tab. 73: Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen nach ausgewählten Altersgruppen — Januar/April 1991 — (in v. H.) .	281
Tab. 74: Strukturdaten geriatrischer Einrichtungen nach Einrichtungsart	286
Tab. 75: Struktur und Träger der Altenhilfeeinrichtungen	290
Tab. 76: Anteil der Heimbewohner an der jeweiligen Altersgruppe in Bayern	300
Tab. 77: Entwicklung des notwendigen Anteils der Schulanfängerinnen in Alten- und Krankenpflegeschulen an der Stärke des jeweiligen Jahrgangs der 17- bis 18jährigen	310

Vorwort

An der Wende zum dritten Jahrtausend kündigt sich in den industrialisierten Staaten ein neuer, bislang unbekannter Trend an: Die demographische Zeitenwende.

Die Fakten sind längst bekannt: Steigende durchschnittliche Lebenserwartung bei gleichzeitig konstant niedriger Geburtenrate werden uns im Jahr 2030 eine Alters„pyramide“ bescheren, die eher der Form eines Pilzes entspricht. Lag der Anteil der über 60jährigen 1990 noch bei 21 v. H., so wird er bis zur Jahrtausendwende auf 26 v. H. und bis zum Jahr 2030 auf über 35 v. H. ansteigen.

Diese „Revolution auf leisen Sohlen“, wie es schon genannt wurde, wird nicht folgenlos an uns vorübergehen. Neben den wichtigen Bereichen der sozialen Sicherungssysteme berührt diese Entwicklung natürlich den Arbeitsmarkt, aber auch die sozialen Dienste, den Wohnungsmarkt, das Verkehrswesen sowie den Kultur- und Freizeitsektor. Nicht wenige malen das Bild einer ergrauten Gesellschaft, befürchten enorme Finanzierungsprobleme bezüglich der Alterssicherung oder sorgen sich um die Wettbewerbsfähigkeit des Standortes Deutschland angesichts aufstrebender Volkswirtschaften beispielsweise in Südostasien. Wir werden jedoch versuchen, den absehbaren demographischen Wandel als Herausforderung und Chance für eine Umgestaltung unserer Gesellschaft zu begreifen, bei der sich allen Generationen — also auch den Älteren — die Chance bietet, aktiv an der Veränderung kultureller Leitbilder und sozialer Rollen mitzuwirken.

Vor diesem Hintergrund wurde am 16. Oktober 1992 vom Deutschen Bundestag die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel — Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik“ eingesetzt.

Seither haben wir, im Dialog von Wissenschaft und Politik, Analysen vorgenommen, Fragen formuliert und nach Antworten gesucht, die die Zukunft aller Generationen betreffen. Abgeordnete des Deutschen Bundestages und sachverständige Mitglieder aus der Wissenschaft bemühten sich gemeinsam, Vorschläge auszuarbeiten, um den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen. Es galt nicht nur, den konkreten Handlungsbedarf für Gegenwart und Zukunft festzustellen, sondern darüber hinaus Empfehlungen für die notwendigen politischen Entscheidungen abzugeben.

Es gibt wichtige Eckpunkte der Arbeit, die hier kurz angesprochen werden sollen:

- Die starre Abfolge von Lernen, Berufstätigkeit und Rente muß zugunsten veränderter Lebensarbeitszeitmodelle modifiziert werden. Wir brauchen also Arbeitsplätze für alle Generationen; sowohl die jugendzentrierte Personalpolitik der Gegenwart
- als auch die konkrete Arbeitsplatzgestaltung müssen zukünftig dem veränderten Altersaufbau der Gesellschaft Rechnung tragen.
- Das Gefüge der sozialen Netze erfährt bereits heute einen Wandlungsprozeß. Eine zunehmend individualisierte Lebensweise bei gleichzeitiger Auflösung „normaler“ Erwerbsbiographien und die abnehmende Bedeutung der familialen Netze stellen die Sozialpolitik zukünftig vor neue Aufgaben.
- Auch wenn die Generation der zukünftigen Alten gesünder sein dürfte und mit der neu geschaffenen Pflegeversicherung ein weiterer Baustein für die Absicherung im Alter geschaffen wurde, stellt sich die Frage nach den neuen Erfordernissen der Gesundheitspolitik. Neue Formen der Betreuung auch außerhalb der Familie, Betreutes Wohnen und vieles mehr werden die Sozialdienste der Zukunft wesentlich prägen. Dazu bedarf es bereits heute der gesellschaftlichen und materiellen Aufwertung der Sozial- und Pflegedienste.
- Die älteren Menschen der kommenden Jahrzehnte werden in ihrer Mehrheit über eine gute materielle Grundausrüstung verfügen. Im Jahr 2000 wird bereits $\frac{1}{4}$ des gesamten Geld- und Grundvermögens den über 65jährigen gehören. Dennoch wird sich der Reichtum nicht gleichmäßig bei allen Älteren finden. Altersarmut und andere Benachteiligungen im Alter — insbesondere bei den vielen von Arbeitsplatzverlust betroffenen Menschen in den neuen Bundesländern, bei alleinerziehenden Frauen, bei Behinderten, chronisch Kranken und Frühinvaliden — ist zu befürchten. Für alle diese Gruppen müssen weitergehende Lösungsmodelle entwickelt und die Sicherungssysteme den veränderten Bedingungen und individuellen Verhältnissen angepaßt werden.
- Die Beteiligung der älteren Menschen am wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Leben ist ein zentraler Punkt der Politik. Es kommt nicht nur in den Parteien darauf an, neue Formen der Beteiligung Älterer, neue Formen auch des Ehrenamtes und seiner gesellschaftlichen Anerkennung zu entwickeln, damit das Handlungspotential aller Generationen in die Gesellschaft der Zukunft eingebracht werden kann.
- Der demographische Wandel betrifft nicht nur die Bundesrepublik, sondern die gesamte Europäische Union. In wesentlichen Fragen ist deshalb eine zukunftsorientierte europäische Politik unerlässlich. Beispielsweise in Fragen einer benötigten Zuwanderung von außen und den damit verbundenen Erfordernissen der Integration, auf den Feldern der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, aber auch der Gesundheits- und Bildungspolitik müssen wir uns mit unseren europäischen Nachbarn

abstimmen, wenn das große Ziel eines gemeinsamen Europas verwirklicht werden soll.

Der Auftrag der Enquete-Kommission enthielt die umfassende Behandlung des Themenkomplexes „Demographischer Wandel“ und dessen Auswirkungen auf alle Generationen und Bevölkerungsgruppen. Die Kommission hat in den 1½ Jahren seit ihrer Einsetzung im Herbst 1992 intensiv gearbeitet und legt dem Deutschen Bundestag ihren ersten Zwischenbericht vor, der die Ergebnisse einer Bestandsaufnahme und bereits einige Handlungsempfehlungen an die Politik enthält. Aufgrund der zur Verfügung gestandenen kurzen Zeit seit der Einrichtung der Kommission und der teilweise unzureichenden Datengrundlagen konnten nicht alle Themenbereiche in der von der

Kommission geforderten und erwünschten Breite und Tiefe behandelt werden, so daß eine Reihe wichtiger Fragestellungen zunächst zurückgestellt werden mußte.

Die Kommission hat mit diesem ersten Zwischenbericht das vorhandene Datenmaterial erarbeitet, zusammengefaßt und ausgewertet. Sie hat eine solide Grundlage für eine vertiefende Behandlung des Themas „Demographischer Wandel“ geschaffen. Damit sind die Voraussetzungen erfüllt, um in der nächsten Wahlperiode von einer wieder eingesetzten Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ die Arbeit qualifiziert und in der der Bedeutung des Themas angemessenen Weise fortsetzen zu können.

Bonn, den 14. Juni 1994

Arne Fuhrmann, MdB

Vorsitzender

Prof. Dr. Ursula Lehr, MdB

Stellvertretende Vorsitzende

Enquete-Kommission
„Demographischer Wandel — Herausforderungen
unserer älter werdenden Gesellschaft
an den einzelnen und die Politik“

Auftrag und Durchführung der Arbeit der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel — Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik“

0.1 Problembeschreibung, Entstehung und Auftrag der Kommission

Die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ dokumentiert mit ihrem hier vorliegenden ersten Zwischenbericht die Ergebnisse einer knapp 1½jährigen Beschäftigung mit aktuellen und — schwergewichtig — zukünftigen Tendenzen der demographischen Entwicklung, deren Auswirkungen auf die zukünftigen Generationen sowie mit Handlungsanforderungen an verschiedene Politikbereiche.

Hintergrund der Arbeit der Kommission ist die bereits seit längerem absehbare demographische Entwicklung in den Industriestaaten. Während die Weltbevölkerung nach wie vor einen starken Wachstumsprozeß aufweist, zeichnet sich in den industrialisierten Ländern eine gegenläufige Entwicklung ab. Eine steigende durchschnittliche Lebenserwartung bei gleichzeitig weiterhin niedrigen oder sogar abnehmenden Geburtenraten wird der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2030 einen Aufbau der Alters„pyramide“ bescheren, der eher der Form eines Pilzes entspricht. Lag der Anteil der über 60jährigen 1990 noch bei 21 v. H., so wird er vermutlich bis zur Jahrtausendwende auf 26 v. H. und bis zum Jahr 2030 auf über 30 v. H. ansteigen.

Die Bundesrepublik nimmt mit dieser Entwicklung im Rahmen der Europäischen Union (EU) keine Sonderstellung ein. Alle 12 EU-Staaten unterliegen denselben Trends der demographischen Entwicklung, wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen und Zeitverläufen. Laut einer von den Vereinten Nationen 1990 (United Nations, New York, 1991) erstellten Bevölkerungsprojektion für Europa erreicht die Bevölkerung in der Gemeinschaft der zwölf Mitgliedstaaten im Jahre 2005 mit etwa 350 Mio. Einwohnern ihren Höhepunkt, um danach ständig abzunehmen. Hintergrund ist die in den letzten 20 Jahren tendenziell gleichförmige Veränderung der Bevölkerungsentwicklung in den Mitgliedstaaten der EU:

- Rückgang der Geburtenrate um ein Drittel
- stabile Sterblichkeitsraten
- steigende Lebenserwartung
- hohe Zuwanderung in die Länder der EU (mit Ausnahme von Irland)

Dies führt zu einer Veränderung des Altersaufbaus der Gesellschaften mit der Konsequenz einer Zunahme des Anteils Hochaltriger und zur Verminderung und auch veränderten altersmäßigen Zusammensetzung der Menschen im erwerbsfähigen Alter. Es werden sich Nachfrage und Inanspruchnahme in

gesellschaftlichen Einrichtungen wie dem Erziehungs- und Ausbildungswesen, der Verkehrsinfrastruktur oder auch dem Gesundheitswesen verändern. Vor allem aber stehen die Alterssicherungssysteme vor einer großen Herausforderung.

Der 12. Deutsche Bundestag hat in seiner 114. Sitzung am 16. Oktober 1992 auf Antrag der Fraktion der SPD (Bundestags-Drucksache 12/2271) sowie der Fraktionen der CDU/CSU und der F.D.P. (Bundestags-Drucksache 12/3460) die Einsetzung der Enquete-Kommission „Zukunft der älter werdenden Generation“ mit dem Auftrag beschlossen, bis zum 13. November 1992 eine Beschlußempfehlung vorzulegen, die den Text des Enquete-Auftrages enthält. Am 4. November 1992 wurde die Kommission rechtlich zunächst als Sonderausschuß konstituiert. In der gleichen Sitzung hat die Kommission einstimmig beschlossen, dem Deutschen Bundestag die Annahme der gleichzeitig vorgelegten Beschlußempfehlung zu empfehlen (Bundestags-Drucksache 12/3717). In der 126. Sitzung des 12. Deutschen Bundestages am 2. Dezember 1992 wurde die Änderung des Namens der Enquete-Kommission beschlossen. Sie trägt seither den Namen „Enquete-Kommission Demographischer Wandel — Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik“. Die Kommission hat die Aufgabe, gesellschaftliche Rahmendaten im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel aufzuarbeiten. Sie soll bewerten, welche gesellschaftlichen, ökonomischen und sozialen Auswirkungen für alle Generationen sich aus dem demographischen Wandel ergeben. Sie soll den absehbaren Handlungsbedarf feststellen und Empfehlungen geben für notwendige politische Entscheidungen. Die Vorlage eines Berichtes wurde für den Herbst 1994 vorgesehen.

Die Kommission soll folgende Aspekte des Themas behandeln:

1. Demographischer Wandel — Die Daten und ihre Entwicklung bis 2030
2. Familie und soziales Umfeld
3. Wirtschaft und Arbeitsmarkt
4. Materielle Situation
5. Aktives Älterwerden
6. Wohnen und Wohnumfeld
7. Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung

Die im einzelnen weiter untergliederten Themenbereiche bilden das Gerüst des hier vorliegenden ersten Zwischenberichts. Ein Verzeichnis der zitierten Literatur findet sich jeweils im Anschluß an den Textteil.

0.2 Zusammensetzung der Kommission

Vorsitzende/r: Abg. Anke Fuchs (Köln)
(vom 4. 11. 1992 bis 24. 6. 1993)
Abg. Arne Fuhrmann
(seit 24. 6. 1993)

Stellv. Vors.: Abg. Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr

Abgeordnete

ordentliche Mitglieder: stellvertretende Mitglieder:

CDU/CSU-Fraktion

Renate Diemers	Heinz-A. Hörsken
Winfried Fockenber (seit dem 2. 9. 1993)	Dr. Paul Hoffacker
Peter Keller (Obmann)	Ursula Männle
Eva-Maria Kors	Rosemarie Priebus
Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr	Dr. Bernd Protzner
Walter Link (Diepholz) (vom 4. 11. 1992 bis 2. 9. 1993)	Heinz Rother
Angelika Pfeiffer	Ortrun Schätzle
Erika Reinhardt	

SPD-Fraktion

Arne Fuhrmann	Evelin Fischer
Gabriele Iwersen	Anke Fuchs
Ulrike Mascher (seit 30. 6. 1993)	Karl Hermann Haack
Lisa Seuster (Obfrau)	Susanne Kastner
Regina Schmidt-Zadel	Dr. Hans-Hinrich Knaape
Hans-Eberhard Urbaniak (vom 4. 11. 1992 bis 30. 6. 1993)	

F.D.P.-Fraktion

Norbert Eimer	Dr. Eva Pohl
Hans A. Engelhard (Obmann)	Ingrid Walz

Gruppe PDS/LL

Dr. Barbara Höll	Dr. Ursula Fischer
------------------	--------------------

Gruppe Bündnis 90/Die Grünen

N. N.	N. N.
-------	-------

Sachverständige

Dr. Margret Dieck
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Berlin

Prof. Dr. Charlotte Höhn
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
Wiesbaden

Prof. Dr. Eckhard Knappe
Fachbereich Volkswirtschaft
Universität Trier

Dr. Marion Michel
Institut für Sozialmedizin
Universität Leipzig

Prof. Dr. Gerhard Naegele
Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V.
Institut für Gerontologie
an der Universität Dortmund

Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup
Fachbereich Volkswirtschaftslehre
Technische Hochschule Darmstadt

Prof. Dr. Winfried Schmähl
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen

Dr. med. Axel Schramm
Geriatrische Klinik
Bayreuth

Prof. Dr. Gerald A. Straka
Institut für interdisziplinäre Altersforschung
Universität Bremen

Dr. Joachim Wilbers
Caritas Trägergesellschaft Trier e. V.
Trier

Der Enquete-Kommission wurde vom Deutschen Bundestag zur organisatorischen und wissenschaftlichen Unterstützung ihrer Arbeit ein Sekretariat zur Verfügung gestellt, das seine Aufgaben im Rahmen der Abteilung Wissenschaftliche Dienste der Verwaltung des Deutschen Bundestages wahrgenommen hat. Das Sekretariat setzte sich zusammen aus:

Leiter des Sekretariats	Sachbearbeiterin/ Büroleiterin
Ministerialrat Klaus Ehrenheim	Frau Anita Lehmann

Stellvertreter/Wissen- schaftlicher Mitarbeiter	Sachbearbeiter/in
Diplom-Soziologe Ulrich Schneider	Frau Heike Geisweid (bis 30. 6. 1993)
Wissenschaftliche Mitarbeiter	Herr Aleksander Korybut-Woroniecki (vom 1. 2. 1994 bis 30. 6. 1994)

Diplom-Volkswirtin, M. A. Anja Apostel	Büro- und Schreibkräfte
Diplom-Gerontologin Christine Bächle	Frau Jacqueline Deuster
Soziologe M. A. Kai-Uwe Beger	Frau Carina Horch

Dr. phil. Ulrich Geyer	Studentische Hilfskräfte
Diplom-Kauffrau Ute Lieders (vom 23. 2. 1993 bis 20. 8. 1993)	Frau Claudia Hoppe (bis 15. 6. 1994)
Diplom-Kaufmann Stefan Lütke	Frau Silke Riechert (bis 15. 6. 1994)

Diplom-Sozialwirtin
Petra Wex

Die Arbeit des Sekretariats wurde zeitweise unterstützt durch:

Diplom-Volkswirt Stefan Böhm, Bremen
 Dr. Hansjörg Bucher, Bonn
 Diplom-Ökonomin Mathilde Dames, Halle
 Dr. Uwe Fachinger, Bremen
 Dr. med. Monika Genz, Halle
 Dr. phil. Stefan Görres, Hamburg
 Dr. Bruno Salzmann, Hannover
 Prof. Dr. Yvonne Schütze, Berlin
 Dr. Werner Sesselmeier, Aschaffenburg
 Prof. em. Dr. Dr. h. c. mult. Hans Thomae, Bonn

Die Kommission dankt den zahlreichen Sachverständigen, Instituten und Organisationen, die ihre Arbeit durch die Bereitstellung von Materialien, insbesondere wissenschaftlichen Ausarbeitungen, unterstützt haben. Sie dankt auch den Sachverständigen (vgl. 0.3), die der Kommission in Anhörungen und in Sitzungen der Arbeitskreise ihr Wissen zur Verfügung gestellt haben.

Für sachkundige Begleitung der gesamten Arbeit dankt die Kommission der Unterabteilungsleiterin im Bundesministerium für Familie und Senioren, Frau Dr. Beate Fachinger, stellvertretend für alle von der Bundesregierung zur Unterstützung der Kommissionsarbeit eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

0.3 Bisherige Arbeit der Kommission

Die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ hat sich seit ihrer Einsetzung am 4. November 1992 bis einschließlich der abschließenden Beratung des ersten Zwischenberichtes zu insgesamt 18 eintägigen Sitzungen zusammengefunden. Davon wurden vier als öffentliche Anhörungen, zwei als öffentliche und zwölf als nichtöffentliche Sitzungen durchgeführt. Daneben fanden insgesamt zwei je zweitägige Klausurtagungen, eine eintägige Klausurtagung und insgesamt 35 Sitzungen von sieben themenbezogenen Arbeitsgruppen in vier Arbeitskreisen statt.

Gemäß Beschluß der Kommission verschaffte sie sich bis zum Herbst 1993 in einem ersten Durchgang einen Überblick über die sieben Themenbereiche. Dies geschah in öffentlichen bzw. nichtöffentlichen Sitzungen in Form von Vorträgen einzelner sachverständiger Mitglieder und/oder geladener externer Sachverständiger mit anschließender Diskussion und darüber hinaus durch öffentliche Anhörungen von Sachverständigen. Bei den letzteren handelte es sich im einzelnen um folgende Veranstaltungen:

- Öffentliche Anhörung zum Thema „Kompetenz im Alter — Fähigkeit zum selbstbestimmten und selbständigen Leben“ am 14. Mai 1993. Als Sachverständige nahmen daran teil: Dipl.-Psych. Dagmar Diergarten (Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände), Prof. Dr. Insa Fooker (Universität Gesamthochschule Gießen), Dr. Ellen Kirner (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung), Dr. Wolfgang Klauer (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit), Priv. Doz. Dr. Andreas Kruse (Institut für Gerontologie, Heidelberg), Dr. Thorsten Nikolaus (Geriatrisches Zentrum, Heidelberg), Guido Till (Sozialdezernat Stadt Halle) und Dr. Christian Zippel (Klinik für innere Medizin, Berlin).

logie, Heidelberg), Dr. Thorsten Nikolaus (Geriatrisches Zentrum, Heidelberg), Guido Till (Sozialdezernat Stadt Halle) und Dr. Christian Zippel (Klinik für innere Medizin, Berlin).

- Öffentliche Anhörung zum Thema „Materielle Situation (Einkommen und Vermögen) im Alter“ am 16. Juni 1993. Teilnehmende Sachverständige: Klaus-Dietrich Bedau (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin), Prof. Dr. Diether Döring (Akademie der Arbeit, Frankfurt/M.), Dr. Klaus Kortmann (Infratest, München), Arno Metzler (Bundesverband der freien Berufe), Dr. Klaus-Peter Schwitzer (Berlin), Prof. Dr. Gert Wagner (Ruhr-Universität, Bochum), Prof. Gunnar Winkler (Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut, Berlin/Brandenburg).

- Öffentliche Anhörung zum Thema „Mobilität und Wohnen im Alter“ am 01. Oktober 1993. Anwesende Sachverständige: Dipl.-Ing. Erika Christopey-Bendfeldt (Forum für gemeinschaftliches Wohnen im Alter e.V., Düsseldorf), Priv. Doz. Dr. Klaus Friedrich (Technische Hochschule Darmstadt), Prof. Dr. Hartmut Großhans (Gesamtverband der Wohnungswirtschaft, Köln), Prof. em. Dr. Alice Kahl (Institut Wohnen, Leipzig), Bernhard Koppmann (Wohnungsbaugenossenschaft Freie Scholle, Bielefeld), Dr. Renate Narten (Universität Hannover).

- Öffentliche Anhörung zum Thema „Arbeitsmedizinische Aspekte und Bedingungen des Arbeitsschutzes bei der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer“ am 14. Januar 1994. Als Sachverständige konnten Prof. Dr. Günter Fruhmann (Institut für Arbeitsmedizin, München), Dr. Karl Kuhn (Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Dortmund) und Prof. Dr. med. Rainer Müller (Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen) von den Kommissionsmitgliedern befragt werden.

Von der Möglichkeit der Vergabe wissenschaftlicher Gutachten zu einzelnen Themen hat die Kommission im Jahre 1993 insgesamt sechsmal Gebrauch gemacht. Dabei handelte es sich um folgende Gutachter bzw. Ausarbeitungen:

- Prof. Dr. Gunter Steinmann, Universität Halle-Wittenberg:
 „Zusammenhang zwischen Alterungsprozeß und Einwanderung“
- Prof. Dr. Herwig Birg, Universität Bielefeld
 „Entwicklung der Familienstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Belastungs- bzw. Transferquotienten zwischen den Generationen“
- Oliver Lang, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH, Mannheim
 „Die Einkommens- und Vermögensverhältnisse künftiger Altengenerationen in Deutschland“
- Prof. Dr. Clemens Geißler, Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung an der Universität Hannover
 „Entwicklung des Wohnens und Wohnumfelds älterer Menschen bis zum Jahr 2030“

— Priv. Doz. Dr. Klaus Friedrich, Technische Hochschule Darmstadt

„Intraregionale und interregionale Muster und Prinzipien der Mobilität älterer Menschen“

— Diplom-Volkswirt Stefan Dudey, Ruhr-Universität Bochum

„Vorausschätzung der Kostenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung — unter Berücksichtigung des demographischen Wandels für Gesamtdeutschland bis zum Jahr 2030 — aufbauend auf Kranken- und/oder Rentenversicherungsdaten“

Die Gutachten wurden der Kommission zum Ende des Jahres 1993 bzw. Anfang des Jahres 1994 vorgelegt und in einer öffentlichen Sitzung unter Beteiligung der Gutachter am 9. März 1994 diskutiert. Von den genannten Gutachtern konnten mit Ausnahme von Prof. Dr. Steinmann alle an der Diskussion teilnehmen und von den Mitgliedern der Kommission befragt werden.

Während einer Klausurtagung am 2./3. September 1993 in Mayschoß/Ahr, auf der die Kommission ihren damaligen Kenntnisstand über die verschiedenen Themenfelder festgestellt hatte, wurden die weiteren Arbeitsschritte festgelegt. Es wurden vier selbständige Arbeitskreise mit insgesamt sieben Arbeitsgruppen gebildet, die für das Konzept und den Entwurf einzelner Kapitel des ersten Zwischenberichts zuständig waren.

Die Entwürfe für den vorliegenden ersten Zwischenbericht wurden während zweier weiterer Klausurtagungen am 6./7. Mai und am 2. Juni 1994 beraten.

0.4 Schwerpunkte dieses Zwischenberichts und weiter zu bearbeitende Themen

Der Auftrag der Enquete-Kommission enthielt die umfassende Behandlung des Themenkomplexes „Demographischer Wandel“ und dessen Auswirkungen auf alle Generationen und Bevölkerungsgruppen. Aufgrund der kurzen Bearbeitungsphase seit Einrichtung der Kommission und des Sekretariats und der teilweise unzureichenden Datengrundlagen konnten nicht alle Themenbereiche in der von der Kommission geforderten und erwünschten Breite und Tiefe behandelt werden. Deshalb wurde bereits auf der Klausurtagung am 2./3. September 1993 die Zurückstellung einzelner Fragestellungen angeregt und im Zuge der Berichtserstellung in den Arbeitskreisen beschlossen. Im einzelnen handelt es sich um folgende themenbereichsübergreifende Fragestellungen:

- Demographischer Wandel in der Europäischen Union (EU) und Perspektive.
- Demographischer Wandel und der Prozeß der deutschen Einheit. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den alten und den neuen Bundesländern.

— Ältere Ausländer, ihre Lebensbedingungen und Zukunftsperspektiven im Prozeß des demographischen Wandels.

— Ältere Arbeitnehmer, ihre Potentiale, Lebens- und Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung der strukturellen wirtschaftlichen Veränderungen.

— Alternde Gesellschaft und die Anforderungen an die sozialen Sicherungssysteme und ihre verschiedenen Institutionen im Detail.

Der vorliegende erste Zwischenbericht ist in sieben Hauptkapitel unterteilt, die den Themenbereichen aus dem Beschluß des Bundestages vom 2. Dezember 1992 entsprechen. Die darin schwerpunktmäßig behandelten Fragestellungen sind im folgenden überblicksartig zusammengestellt.

Im Kapitel „Demographischer Wandel — die Daten und ihre Entwicklung bis 2030“ werden bestimmende Tendenzen der demographischen Entwicklung aufgezeigt, die sich in der Vergangenheit durchgesetzt haben und voraussichtlich — durch Politik weitgehend unbeeinflussbar — die Zukunft prägen werden: Ein anhaltend niedriges Geburtenniveau und eine weiterhin leicht steigende Lebenserwartung prägen die Bevölkerungsstruktur Deutschlands ebenso wie die der meisten anderen Industrieländer, so daß der Anteil älterer Menschen absolut wie relativ zunimmt. Zuwanderungen aus dem Ausland haben bislang die Bevölkerungsgröße Deutschlands konstant gehalten und die Auswirkungen des altersstrukturellen Wandels teilweise ausgeglichen; in Zukunft wächst das Geburtendefizit jedoch voraussichtlich so stark, daß zum Ausgleich eine unrealistisch hohe dauerhafte Zuwanderung stattfinden müßte. Auch die Zugewanderten altern, so daß bereits in den nächsten 16 Jahren mit erheblich erhöhten Anteilen ausländischer Senioren zu rechnen ist. Der demographische Wandel berührt darüber hinaus die Regionen in unterschiedlicher Stärke. Neben großräumigen Unterschieden (Ost- und Westdeutschland) verläuft die regional unterschiedliche Alterung vornehmlich entlang dem siedlungsstrukturellen Gefälle. Aufgrund der kurzen zur Verfügung gestandenen Zeit und der teilweise bestehenden Forschungsdefizite konnte die Kommission einige Problembereiche nicht abschließend behandeln. Dies betrifft insbesondere den gesamten Komplex „Zuwanderung und ihre Folgen“ wie: Weltbevölkerungsentwicklung und Zuwanderungsdruck auf die Staaten der Europäischen Union; Anzahl, Alter, Herkunft und berufliche Qualifikation von potentiellen Einwanderern; Konsequenzen einer sich verändernden Bevölkerungszusammensetzung (multikulturelle Gesellschaft); ältere Ausländer. Außerdem konnten der Einfluß des sozio-ökonomischen Wandels in den neuen Bundesländern auf die demographische Entwicklung sowie die regionalen Dimensionen der Alterung nicht ausreichend grundlegend behandelt werden.

Im Kapitel „Familie und soziales Umfeld“ wird das Schwergewicht auf die Darstellung zukünftig bedeutsamer Veränderungen der Familienstrukturen und der Beziehungen zwischen den Generationen gelegt. Aus den vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Familien und ihrem sozialen Umfeld wird insbeson-

dere die Vereinbarkeitsproblematik von Familie und Beruf erörtert. Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik außerfamiliärer Hilfs- und Unterstützungspotentiale trat die Komplexität dieses Themas zutage und es wurde in der Diskussion deutlich, daß noch weiterer Forschungsbedarf über die Tragfähigkeit und Belastbarkeit von Freundschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen im fortschreitenden Alter besteht. Hierbei müßte in der weiteren Arbeit die besondere Situation ausländischer Familien ebenfalls berücksichtigt sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Stärkung und Förderung außerfamiliärer Netze behandelt werden. Bisher nicht behandelt werden konnten die Themen „Finanzielle Situation von Familien“ und „Wandel der Familienstrukturen und -beziehungen in Europa“.

Im Kapitel „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“ werden die wesentlichen Tendenzen der gegenwärtigen und zukünftigen Entwicklung auf der Angebots- und Nachfrageseite des Arbeitsmarktes behandelt. Dabei zeigt sich, daß die Zahl der Erwerbsbevölkerung bis etwa zum Jahre 2010 stagniert bzw. leicht ansteigt (Überschuß an Arbeitskräften) und nach dem Jahre 2010 stark zurückgeht (Mangel an Arbeitskräften). Zur Bewältigung dieser Ungleichgewichtssituationen werden folgende Optionen diskutiert: Erhöhung der Arbeitsproduktivität, Flexibilisierung der Arbeitszeit, Förderung der Alterserwerbsarbeit, Steigerung der Frauenerwerbstätigkeit und Steuerung der Zuwanderung. Weiter vertieft werden müßten die Fragen der Interdependenzen zwischen der Arbeitsmarktentwicklung und den angegebenen Optionen, z. B. bei den Auswirkungen von Flexibilisierungs-Strategien auf Lohnarbeit zentrierter Versicherungssysteme. Zudem sind die Konsequenzen einer steigenden Erwerbsbeteiligung auf die Arbeitsnachfrage zu untersuchen. Dabei spielt die Kommerzialisierung bisheriger weitgehend unentgeltlicher Tätigkeiten eine Rolle. Weiterhin sind die Zusammenhänge zwischen einer älter werdenden Gesellschaft und ihrer Innovationsfähigkeit zu prüfen. Hier dürfte die Situation von Erwerbspersonen in der zweiten Lebenshälfte (wie Qualifikation, Branchen, Fort- und Weiterbildung und die europäische Entwicklung) eine wichtige Rolle spielen.

Im Kapitel „Materielle Situation“ werden schwerwichtig die Einkommens- und Vermögensentwicklung im Alter bis zum Jahre 2030 sowie die Einflußfaktoren Haushaltsstruktur, Arbeitsmarktentwicklung, Zuwanderung, privates Vermögen, Gesundheit einschließlich der Entwicklung in den neuen Bundesländern betrachtet. Es werden Risikogruppen im Hinblick auf materielle Armut sowie Versorgungslücken bei der angestrebten Sicherung des Lebensstandards im Alter identifiziert und hierauf ausgerichtete Handlungsoptionen aufgezeigt. Aufgrund der Komplexität des Themas konnte in der verfügbaren Zeit der Fragenkomplex nicht hinreichend detailliert behandelt werden. Insbesondere konkrete institutionelle Maßnahmen in verschiedenen Bereichen des sozialen Sicherungssystems sowie Möglichkeiten einer Angleichung von Leistungsstrukturen bleiben in diesem Zwischenbericht ausgeklammert. Die Kommission schlägt daher vor, zukünftig die Auswirkungen des

demographischen Wandels auf die verschiedenen Systeme sowie privaten und staatlichen Einrichtungen der sozialen Sicherung in ihren vielfältigen Wechselwirkungen mit der sozioökonomischen Entwicklung und auch auf die betroffenen Bevölkerungsgruppen in verstärktem Maße zu untersuchen.

Zum Kapitel „Aktives Älterwerden“ bestehen in der Kommission unterschiedliche Auffassungen, die unterschiedliche Zugänge zu der Thematik aufzeigen, sich jedoch ergänzen. Der erste Teil dieses Kapitels, der von einem größeren Teil der Kommissionsmitglieder getragen wird, stellt hauptsächlich die Alterskompetenz und das „normale Altern“ dar. Er geht dabei entsprechend der vorgegebenen Thematik der Kommission besonders auf Zukunftsprojektionen ein. Die hauptsächlichliche Fragestellung lautet: Wie wird das Alter der heute 40jährigen aussehen? Aus dieser Sicht besteht zukünftig ein Erkenntnisbedarf bei der Aufarbeitung der Ergebnisse von Längsschnittstudien, die ihren Ausgangspunkt im mittleren Erwachsenenalter nehmen, in der Auswertung der Arbeit von Seniorenbüros, der Auswirkung von Altenbildungsaktivitäten (vom selbstbestimmten Lernen bis zum Seniorenstudium) sowie den Auswirkungen der Technisierung des Alltagsleben zukünftiger Altengeneration. Die in dem zweiten Teil dieses Kapitels von einer kleineren Anzahl der Kommissionsmitglieder getragene Sichtweise des Themas „Aktives Älterwerden“ fühlt sich einer sozialpolitischen Ausrichtung der Gerontologie verpflichtet. Sie sieht ihre Aufgabe u. a. darin, sich mit dem defizitären Alter auseinanderzusetzen und stellt die Frage, wie Lebenslagen vermieden oder gemildert werden können, die aktives Älterwerden verhindern. Ein zukünftiger Erkenntnisbedarf wird in dieser Sichtweise bei der gesellschaftlichen Nutzbarmachung brachliegender Potentiale des Alters, der Abmilderung zu befürchtender Generationenkonflikte sowie bei der Ermöglichung politischer Partizipation Älterer und nicht zuletzt in der Erforschung und Abmilderung von Altersarmut und anderen Benachteiligungen im Alter gesehen.

Im Kapitel „Wohnen und Wohnumfeld“ werden zunächst Fragen zum Wohnungsbestand und zur zukünftigen Bedarfsentwicklung bis zum Jahre 2030 behandelt. Als Hintergrund dient hierbei eine nach Siedlungstypen differenzierende Prognose der Bevölkerungsentwicklung. Unter dem Leitmotiv des alter(n)sgerechten Wohnens werden die Wohnsituation und die Wohnbedürfnisse jetziger und zukünftiger Altengenerationen sowie die spezifischen Wohnformen des Alters ausführlich behandelt, bevor abschließend Fragen der Wohnumfeldbedingungen und der kommunalen bzw. regionalen Infrastruktur im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel thematisiert werden. Noch nicht ausreichend bearbeitet werden konnten städtebauliche und -planerische Entwicklungen und der diesbezüglich zukünftige Handlungsbedarf sowie die genauere Untersuchung einzelner Problembereiche und Problemgruppen. Vor allem die Wohnsituation der Altersgruppe der heute 40jährigen und die der geburtenstarken Jahrgänge muß auch unter Beachtung von Wohnungsunterversorgung und Obdachlosigkeit genauer untersucht werden.

Das besonders umfassend konzipierte Kapitel „Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung“ behandelt im ersten Teil die Gesundheit im Alter und die vorausgehenden Einflußfaktoren und macht Aussagen zur Epidemiologie von Krankheit und Behinderung im Alter, wobei die noch immer unzulängliche Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland einen zusätzlichen Erkenntnisbedarf begründet. Die vergleichsweise knappen Ausführungen im Abschnitt zum „Älterwerden von jung an Behinderter“ werden ebenfalls durch die unzureichende Datenlage beeinträchtigt und sind durch künftige Arbeiten zu ergänzen. Weithin abgeschlossen erscheint dagegen die Darstellung von Prävention und Gesundheitsförderung. Die Ausführungen zur stationären Akutversorgung, zur Rehabilitation, zur stationären Langzeitversorgung sowie zur ambulanten sozialpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung können bereits als hinreichend betrachtet werden, während für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung weiterer Erkenntnisbedarf besteht. Die gerontologische/geriatrische Forschung unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Versorgung, die Aus-, Weiter- und Fortbildung werden umfassend dargestellt, bevor abschließend der politische Handlungsbedarf behandelt wird. Die noch ausstehende Analyse der Kostenstrukturen im Gesundheitsbereich sollte von einer zukünftigen

Kommission themenübergreifend vorgenommen werden.

0.5 Empfehlung zur Fortführung der Arbeit der Enquete-Kommission in der nächsten Wahlperiode

Die Kommission betrachtet die Arbeit in diesem wichtigen Aufgabengebiet mit dem vorgelegten ersten Zwischenbericht und den darin enthaltenen Handlungsempfehlungen nicht als abgeschlossen. Aufgrund der bereits genannten Komplexität des Gegenstandes, der zurückgestellten Themenbereiche und der Notwendigkeit, den demographischen Wandel in seiner europäischen Dimension und Perspektive zu betrachten sowie aufgrund von Abweichungen von bisherigen Annahmen, empfiehlt die Kommission dem Deutschen Bundestag, in der nächsten (13.) Wahlperiode zum frühest möglichen Zeitpunkt erneut eine Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ einzusetzen und damit die Arbeit dieser Wahlperiode weiterzuführen. Für wünschenswert hält die Kommission hinsichtlich der möglichen demographischen Entwicklungen die Ausdehnung des Beobachtungszeitraums über das Jahr 2030 hinaus.

1 Demographischer Wandel — Die Daten und ihre Entwicklung bis 2030

1.0 Die derzeitige demographische Lage in Deutschland

Die Bevölkerung Deutschlands hat im Jahr 1991 die 80-Millionen-Grenze überschritten, erreichte Anfang 1992 80,3 Millionen (Mio.) Einwohner und stieg bis zum 1. Januar 1993 auf rund 81 Mio. Menschen an. Dazu trug die anhaltend starke Zuwanderung von Deutschen (Aussiedler und Aussiedlerinnen) sowie Ausländerinnen und Ausländern wesentlich bei.

1992 wanderten insgesamt etwa 231 000 Aussiedler und Aussiedlerinnen aus Mittel-, Südost- und Osteuropa zu, 1993 lag die Zahl bei etwa 219 000. Beim Bundesverwaltungsamt in Köln liegen noch über 500 000 Aufnahmeanträge vor. Für die Jahre 1994 bis 1996 geht das Bundesverwaltungsamt von einer Zugangsgröße von jeweils 225 000 bis 250 000 aus, was in etwa der Zahl der 1991 bis 1993 jährlich zugewanderten Deutschstämmigen entspricht. Obwohl die Bundesregierung bemüht ist, das Verbleiben Deutschstämmiger in ihren Herkunftsländern zu fördern, kann davon ausgegangen werden, daß ein großer Teil der etwa 2 Mio. Deutschstämmigen aus den Hauptherkunftsländern — dem Gebiet der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) — weiterhin beabsichtigt, in Deutschland einzuwandern.

Die ausländische Wohnbevölkerung nahm 1992 um rund 700 000 auf 6,5 Mio. Personen zu, 1993 um 382 000 auf 6,88 Mio. Personen. Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtbevölkerung betrug 1993 knapp 8 v. H.; 97 v. H. der ausländischen Bevölkerung lebten in Westdeutschland, nur 3 v. H. (212 000) in den neuen Bundesländern. Die größte ausländische Bevölkerungsgruppe stellten am 31. 12. 1992 die Türken (etwa 1,86 Mio.). Aus Ländern der Europäischen Union (EU) lebten insgesamt etwa 1,5 Mio. Personen in Deutschland, aus dem ehemaligen Jugoslawien knapp über 1 Mio., aus den osteuropäischen Ländern annähernd 726 000, aus Asien etwa 600 000, aus Afrika 283 000.

1990 bis 1992 wurden insgesamt 3,93 Mio. Zuzüge und 1,86 Mio. Fortzüge über die Grenzen Deutschlands registriert; es ergibt sich ein positives Wanderungssaldo von 2,07 Mio. in drei Jahren. Das ist fast ein Drittel des gesamten Wanderungssaldos nach 1950 (Bucher, 1993, 254).

Dem positiven Migrationssaldo stand 1992 wie 1991 ein negativer Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung entgegen. Während die Bevölkerung im früheren Bundesgebiet aufgrund von Wanderungsüberschüssen (1990: 1 041 000; 1991: 579 200) und

geringen Geburtenüberschüssen (1990: 13 900; 1991: 13 400) auf 64,5 Mio. zum Jahresanfang 1992 wuchs, nahm die Bevölkerung in den neuen Bundesländern infolge Abwanderung (1990: 376 600; 1991: 143 100) und Sterbefallüberschüssen (1990: 29 600; 1991: 94 700) auf 15,8 Mio. zum Jahresanfang 1992 ab. Die Zahl der Geburten ging dort infolge des gesellschaftlichen Umbruchs erheblich zurück: von etwa 199 000 im Jahre 1989 auf etwa 178 000 (1990), auf etwa 108 000 (1991), auf etwa 88 000 (1992).

Die Skizze der aktuellen Bevölkerungsentwicklung in Deutschland zeigt, daß derzeit eine außergewöhnliche demographische Situation aufgrund der politischen und sozio-ökonomischen Umwälzungen seit 1989 herrscht. Sowohl hinsichtlich des Einbruchs der Geburtenzahlen in den neuen Bundesländern als auch hinsichtlich des Außenwanderungs- und des Binnenwanderungsaufkommens ist zumindest mittelfristig von einem Anhalten dieser außergewöhnlichen Situation auszugehen. Birg und Flöthmann rechnen mit einer Angleichung des Geburtenverhaltens in Ost- und Westdeutschland frühestens bei der 1980 geborenen Frauenkohorte (Birg/Flöthmann 1993 a). Ein ausgeglichenes Binnenwanderungssaldo zwischen Ost- und Westdeutschland wird erst nach dem Jahr 2000 erwartet; der Außenwanderungssaldo ist besonders schwer abzuschätzen, wird aber aufgrund der hohen Anzahl von deutschstämmigen Zuwanderern aus Osteuropa in den nächsten zehn Jahren vermutlich mindestens 300 000 jährlich betragen.

Die Kommission ist der Ansicht, daß es weder eine „richtige“ bzw. „optimale“ Bevölkerungsgröße noch eine „richtige“ bzw. „optimale“ Altersstruktur gibt. Das heißt, es gibt keine „Überalterung“ — dies würde nämlich die Existenz einer „richtigen“ Altersstruktur der Bevölkerung implizieren.

Der politische Handlungsbedarf bzw. die politischen Optionen als Antwort auf die sehr großen Herausforderungen des demographischen Wandels ergeben sich aus den in den weiteren Abschnitten des Zwischenberichts beschriebenen strukturellen Veränderungen der Bevölkerung in Deutschland.

Konsequenz dieser Position, die in der Bevölkerungszahl keine originäre politische Zielgröße sieht, ist es, daß den folgenden Ausführungen hinsichtlich des absehbaren demographischen Wandels bis zum Jahr 2030 eine ausschließlich dokumentierende Funktion zukommt, während in den weiteren Kapiteln die Problemanalyse und die möglichen politischen Antworten gleichberechtigt nebeneinander stehen.

1.1 Grundtendenzen des demographischen Wandels

In Deutschland — wie auch in fast allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Industrieländern — sind langfristige Trends der Bevölkerungsentwicklung zu beobachten: Niedriges Geburtenniveau und steigende Lebenserwartung führen zu einem zunehmenden Anteil älterer Menschen, einem stagnierenden und zukünftig abnehmenden Anteil der mittleren Generationen zwischen 20 und 60 Jahren sowie einem schrumpfenden Anteil von Kindern und Jugendlichen (vgl. „Europa 2000“, 43 ff.)

Wenn auch der Jahrhunderttrend in der Bevölkerungsstruktur derzeit aus historischen Gründen vorübergehend abgemildert ist (so sind beispielsweise 1992 die Jahrgänge der 72- bis 77jährigen aufgrund des Geburtenausfalls im Ersten Weltkrieg sehr gering besetzt und die über 65jährigen Männer durch die Kriegsverluste stark dezimiert), bleiben doch die Grundtendenzen der natürlichen Bevölkerungsbewegung davon unberührt. Für Deutschland ist zukünftig mit einer sich beschleunigenden Alterung der Bevölkerung zu rechnen. Von zunehmender Bedeutung ist auch die räumliche Bevölkerungsbewegung, die sowohl als Binnenwanderung die Verteilung der Bevölkerung im Raum bestimmt wie auch als Außenwanderung die Bevölkerungsentwicklung erheblich beeinflußt.

1.1.1 Natürliche Bevölkerungsbewegung

Die von Geburten und Sterbefällen herrührenden Veränderungen einer Bevölkerungsstruktur werden üblicherweise als natürliche Bevölkerungsbewegung bezeichnet.

In der natürlichen Bevölkerungsbewegung sind die erwähnten zwei Trends zu beobachten: Zum einen ist ein Rückgang des Geburtenniveaus, d. h. der durchschnittlichen Geburtenzahl je Frau, zu beobachten, zum anderen hat zunächst die sinkende Säuglingssterblichkeit, dann seit den siebziger Jahren überwiegend der Rückgang der Alterssterblichkeit, d. h. der altersspezifischen Sterblichkeit der 60jährigen und älteren, die durchschnittliche Lebenserwartung erhöht.

Diese Trends wirken gemeinsam auf die Bevölkerungsstruktur in der Weise, daß, legt man allein die natürliche Bevölkerungsbewegung zugrunde, eine alternde und schrumpfende Bevölkerung zu beobachten ist: Die jeweilige Kindergeneration in Deutschland ist um etwa ein Drittel kleiner als die ihrer Eltern, bei einer gleichzeitig verlängerten Lebensspanne und daher höher besetzten Altenjahrgängen.

1.1.1.1 Fertilität

Der Rückgang der Geburtenhäufigkeit unter das Bestandserhaltungsmilieu in Deutschland ist ein seit hundert Jahren anhaltender Trend. Auch die geburtenfördernden staatlichen Maßnahmen während des Nationalsozialismus sowie die familienpoli-

tisch motivierten Anreize in der DDR führten lediglich zu einem kurzfristigen Anstieg der Periodenfertilität, der auf einem „Timing-Effekt“ beruhte: Es wurde früher geheiratet, Kinder wurden früher und in kürzeren Abständen geboren.

Dem Fertilitätsrückgang liegt primär ein verändertes generatives Verhalten zugrunde: Lag die Lebendgeborenenzahl je Frau im Jahr 1856 noch bei durchschnittlich über 5, sank sie bis 1920 auf etwas über 2. In diesem Bereich schwankte die Zahl bis nach dem Zweiten Weltkrieg, um danach bis heute auf etwa 1,5 je Frau abzusinken (Höhn/Schulz, 1992, 108). Dauerhafte Fertilitätsreduktionen bedeuten eine immer stärkere Verringerung der jüngeren gegenüber vorangegangenen (älteren) Jahrgängen mit dem Resultat einer dauerhaften „Alterung“ der Bevölkerung. Die sich in den Zahlen widerspiegelnden Verhaltensänderungen sind multikausal bedingt, und nichts deutet darauf hin, daß diese Faktoren in Zukunft weniger wirksam sein werden. In der Literatur (z. B. Birg/Flöthmann, 1993 b) werden folgende allgemeine Faktoren diskutiert, die den langfristigen Trend der Fertilitätsabnahme bestimmen könnten:

- Absicherung der individuellen Lebensrisiken durch den Sozial- und Wohlfahrtsstaat (kollektive Alters-, Kranken- und Unfallversicherung, demnächst auch die Pflegeversicherung),
- allgemeine Schulpflicht, die Kinder als Arbeitskräfte ausfallen läßt,
- Relativierung traditioneller kultureller Werte und Normen,
- Etablierung des Typs zweckrationalen Verhaltens sowie die Ausdehnung von dessen Reichweite auch auf die intimen Lebensbereiche,
- Entwicklung des Leitbildes der außerfamiliären Selbstverwirklichung der Frau als Gegenideal für die binnenfamiliäre Selbstverwirklichung,
- Zunahme der biographischen Risiken langfristiger Festlegungen im Lebenslauf durch Partnerbindungen und Kindgeburten: In einer dynamischen, auf Veränderungen programmierten Wettbewerbs- bzw. Konkurrenzgesellschaft schlagen sich biographische Festlegungen durch Kindgeburten in biographischen Opportunitätskosten nieder, die den ganzen Lebenslauf tangieren (biographische Theorie der Fertilität),
- Zwang zur Anpassung der Ausbildungs- und Erwerbsbiographien an die Vorgaben des Arbeitsmarktes (Zusammenhang von Fertilität, räumlicher Mobilität und beruflicher Flexibilität).

Auffallend ist der von Kohorte zu Kohorte stetig steigende Anteil von kinderlosen Frauen (Jahrgang 1935: 9,2 v. H., Jahrgang 1945: 12,7 v. H., Jahrgang 1950: 14,8 v. H., Jahrgang 1955: 20,6 v. H., Jahrgang 1960: voraussichtlich 23 v. H.), der eine zunehmende Polarisierung der Bevölkerung in eine Gruppe mit Kindern und in eine Gruppe mit lebenslanger Kinder-

losigkeit bewirkt (vgl. Kapitel 2: Familie und soziales Umfeld). Innerhalb der Gruppe mit Kindern überwiegt nach wie vor die 2-Kinder-Familie (43,6 v. H.), während die 1-Kind-Familie leicht abnimmt (36,2 v. H.). Der Anteil der Familien mit drei und mehr Kindern (20,1 v. H.) ist weiterhin rückläufig (Birg/Filip/Flöthmann, 1990; Birg/Flöthmann, 1993 b).

1.1.1.1.1 Die Entwicklung der Geburten seit 1950

Die Fertilitätsentwicklung wird im folgenden anhand von zwei Maßzahlen beschrieben, die an dieser Stelle kurz erläutert werden sollen:

(1) Die *zusammengefaßte Geburtenrate* gibt an, wieviel Kinder von 1000 Frauen einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt geboren wurden; man errechnet sie, indem man die altersspezifischen Fruchtbarkeitsraten, das sind die Zahlen der Lebendgeborenen von 1000 Frauen einzelner Altersklassen, addiert. Die gewonnene Indexzahl ist unabhängig vom Altersaufbau der Bevölkerung und kann daher auch für Längsschnittbetrachtungen verwendet werden. Die übliche Abkürzung *TFR* ergibt sich aus der englischen Bezeichnung *Total Fertility Rate*.

(2) Die *Nettoreproduktionsrate (NRR)* gibt an, inwieweit die für einen bestimmten Zeitraum ermittelten altersspezifischen Fruchtbarkeitsraten ausreichen, um langfristig den Bestand einer Bevölkerung zu sichern; sie basiert auf der Zahl weiblicher Geburten von Frauen einzelner Altersklassen unter Berücksichtigung der altersspezifischen Sterberaten. Der Wert 0,69 für 1990 bedeutet, daß von 1000 Frauen 690 Mädchen geboren worden sind, die das gebärfähige Alter erreichen.

Die Entwicklung der Geburtenrate in Deutschland nach 1950 zeigt zunächst eine Annäherung des generativen Verhaltens in Ost- und Westdeutschland seit Mitte der 50er Jahre: Fast parallel nahmen die jeweiligen Geburtenhäufigkeiten bis Mitte der 60er Jahre zu, danach rapide ab. Im Bundesgebiet stabilisierte sich die Geburtenhäufigkeit Mitte der 70er Jahre auf dem erreichten Niveau, in der DDR nahm sie dagegen bis 1980 stark zu, so daß der vorherige Rückgang etwa zur Hälfte ausgeglichen wurde. Nach 1980 setzte allerdings auch hier erneut der Abwärtstrend ein. Für das Auseinanderdriften der Geburtenraten in den 70er Jahren werden die umfangreichen bevölkerungs-, sozial- und familienpolitischen Maßnahmen der DDR als Ursache angesehen.

Tabelle 1

Indikatoren der Geburtenhäufigkeit im Bundesgebiet/alte Bundesländer (ABL) und in der DDR/neue Bundesländer (NBL) (1950 bis 1992)

Jahr	Zusammengefaßte Geburtenrate		Nettoreproduktionsrate		Alter der Mütter bei der ersten Geburt ¹⁾		bei allen Geburten ²⁾	
	BRD/ABL	DDR/NBL	BRD/ABL	DDR/NBL	BRD/ABL	DDR/NBL	BRD/ABL	DDR/NBL
1950	2,09	2,37	0,93	...	25,3 ³⁾	24,0 ⁴⁾	28,3 ³⁾	27,2 ⁴⁾
1960	2,36	2,33	1,10	1,07	24,8	23,0	27,9	26,4
1970	2,01	2,19	0,95	1,04	24,3	22,5	27,4	25,4
1975	1,44	1,54	0,68	0,73	24,8	22,5	27,0	24,6
1980	1,44	1,94	0,68	0,93	25,2	22,3	27,0	24,6
1985	1,28	1,73	0,60	0,83	26,2	22,3	27,7	24,8
1989	1,39	1,57	0,67	0,75	26,8	22,9	28,2	25,4
1990	1,45	1,46 *	0,69	...	26,9	...	28,4	...
1991	1,42	0,98	0,68	0,47	27,1	24,9	28,5	26,4
1992	1,39 *)	0,80 *)

*) Schätzung BIB

¹⁾ Alter bei der ersten ehelichen Geburt in der Bundesrepublik, bei der ersten Geburt in der DDR bis 1988

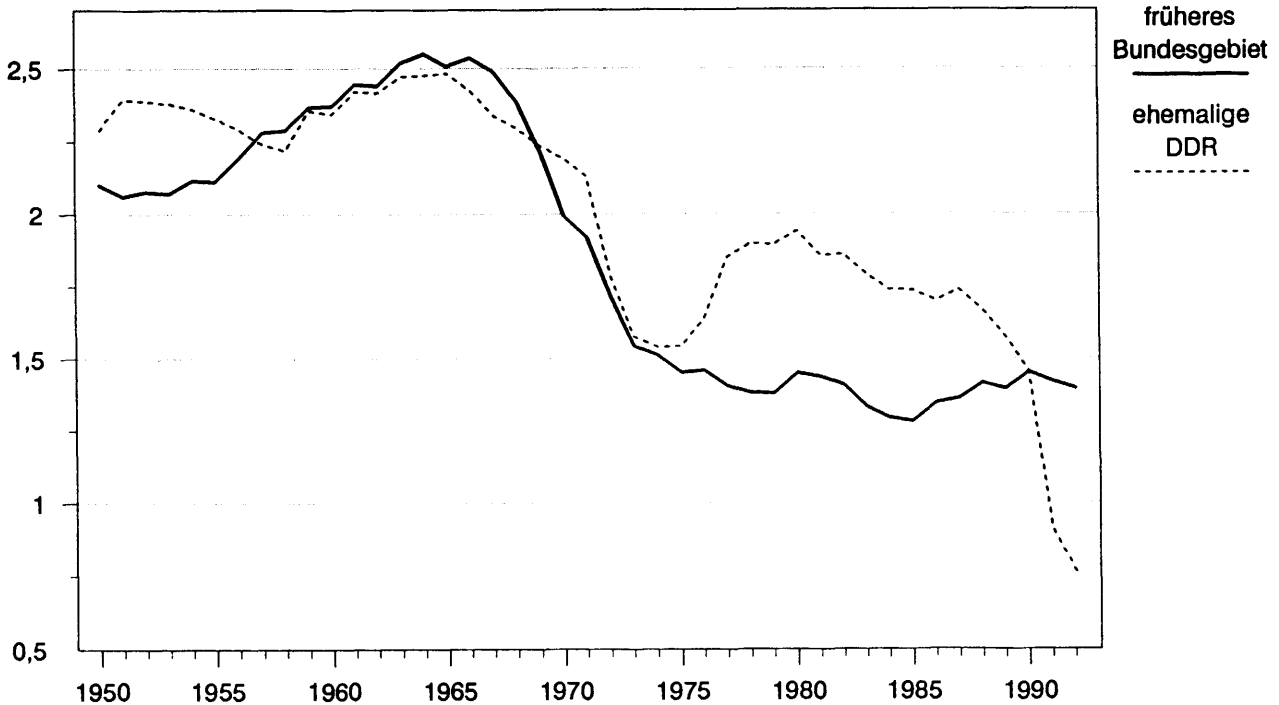
²⁾ bei ehelichen Geburten in der Bundesrepublik, bei allen Geburten in der DDR bis 1988

³⁾ 1951

⁴⁾ 1952

Abbildung 1

**Zusammengefaßte Geburtenrate im Bundesgebiet/alte Bundesländer (ABL)
und in der DDR/neue Bundesländer (NBL)
(1950 bis 1992)**



Quellen: Statistisches Bundesamt; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung; Statistische Jahrbücher der DDR (Abbildung aus: Bericht der Regierung der Bundesrepublik Deutschland für die Internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994, Anhang, Abbildung 2).

1.1.1.2 Unterschiede der aktuellen Geburtenentwicklung zwischen den neuen und den alten Bundesländern

1992 wurden in Deutschland insgesamt 809 000 Geburten gezählt. Das waren 21 000 weniger als 1991 (-2,5 v. H.) und fast 100 000 weniger als 1990 (rund ein Neuntel). Dabei verlief die Entwicklung in den alten und neuen Bundesländern unterschiedlich. In den alten Bundesländern gab es mit fast 721 000 nur unwesentlich weniger Geburten als 1990 (727 000) und 1991 (722 000). In den neuen Bundesländern (einschließlich Ost-Berlin) halbierte sich die Zahl innerhalb von zwei Jahren (1990: 178 000, 1991: 108 000, 1992: 88 000, 1993: 80 000).

Auch die Indikatoren der Geburtenhäufigkeit (vgl. Tabelle 1: Indikatoren der Geburtenhäufigkeit und Abbildung 1: Zusammengefaßte Geburtenrate) zeigen in den letzten Jahren im früheren Bundesgebiet eine relativ stabile Fertilitätsentwicklung und eine bislang in der europäischen Bevölkerungsentwicklung noch nicht gekannte rasche Verringerung der Geburtenhäufigkeit in den neuen Bundesländern.

Besonders deutlich wird der Einbruch der Geburtenzahlen in den neuen Bundesländern, wenn man die Kohortenfertilität der jüngeren Frauenjahrgänge betrachtet: Tabelle 2 zeigt die Abnahme innerhalb eines Jahres für die Geburtsjahrgänge 1965 bis 1971 (vgl. auch Münz/Ulrich, 1994, 13).

Tabelle 2

Kohortenspezifischer Fertilitätsrückgang in den neuen Bundesländern

Kohorte	Alter des abrupten Fertilitätsrückgangs und prozentualer Rückgang im Vergleich zur vorangegangenen Kohorte im gleichen Alter (1990/1991)	
1965	26	34,3 %
1966	25	43,6 %
1967	24	52,2 %
1968	23	62,7 %
1969	22	70,8 %
1970	21	76,3 %
1971	20	79,3 %

Quelle: Birg/Flöthmann 1993 a.

Die zusammengefaßte Geburtenrate stieg im Gebiet der früheren Bundesrepublik Deutschland bis 1990 auf 1,45 und gab nach Schätzung bis 1992 auf 1,4 nach (Hullen/Schulz, 1993, 11). Die Nettoerproduktionsrate betrug 1990 0,69. Die in den späten 80er Jahren gestiegene Geburtenzahl im früheren Bundesgebiet ist auf die stärkere Besetzung der Jahrgänge im reproduktiven Alter (junge Übersiedlerinnen und

Übersiedler aus der DDR und junge Zuwandernde aus dem Ausland) zurückzuführen.

In den neuen Bundesländern sank die zusammengefaßte Geburtenrate, die 1989 noch 1,58 betrug, seit Mitte 1990 Monat um Monat sehr stark, erreichte nach vorläufigen Berechnungen 1991 einen Wert von 0,9 Geburten je Frau und wird für 1992 auf etwa 0,8 geschätzt. Diese statistischen Befunde stehen im Einklang mit Untersuchungsergebnissen, die in den neuen Bundesländern einen beachtlichen Anteil von Frauen ermittelten, die kinderlos bleiben wollen (Dorbritz, 1992; Häder, 1991).

Gründe für den Geburtenrückgang in den neuen Bundesländern sind:

— Die Realisierung des Kinderwunsches wurde und wird im Hinblick auf die wirtschaftliche und soziale Entwicklung verschoben, da er im Gegensatz zu den nun möglichen angestrebten oder aufgezwungenen Lebensbiographien steht. Ob die Geburten tatsächlich später nachgeholt werden oder aber ob sie gänzlich ausfallen, ist noch nicht abzusehen.

— Die positive Sanktionierung von Heirat und Geburten in der DDR durch Familiengründungsdarlehen, bevorzugte Wohnungszuteilung u. a. fiel nach der Vereinigung fort;

die Schließung von zahlreichen Kinderbetreuungseinrichtungen erschwert die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kinderwunsch insbesondere für Frauen.

— Die geringere Geburtenzahl kann auch Ausdruck einer Angleichung des Alters der Mütter bei der ersten Geburt in Deutschland sein. Die höchsten altersspezifischen Geburtenziffern (Werte von über 100 Geburten je 1 000 Frauen) hatten im früheren Bundesgebiet die Frauen von 26 bis 30 Jahren, in der DDR die Frauen von 20 bis 27 Jahren (Hullen/Schulz, 1993; Pohl/Störtzbach/Wendt, 1992).

1.1.1.1.3 Regionale Unterschiede der Geburtenhäufigkeit

Eine niedrige Fertilität mit einer Nettoerproduktionsrate, die nachhaltig unter dem Bestandserhaltungsniveau liegt, weisen alle Regionen in Deutschland auf. Allerdings setzte der Rückgang der Fertilität ab Mitte der 60er Jahre in den Regionen zeitlich versetzt und mit unterschiedlicher Intensität ein. Diese regional-demographische Phasenverschiebung führte in den Kernstädten der hochverdichteten Regionen zu einem rascheren und stärkeren Rückgang der Geburtenzahlen als im Umland oder in ländlich geprägten Regionen, so daß die regionalen Unterschiede der Geburtenhäufigkeit in den neuen und den alten Bundesländern heute entlang den Siedlungsstrukturen verlaufen: In hochverdichteten Regionen, insbesondere in Kernstädten, werden wesentlich weniger Kinder geboren als in ländlich geprägten Regionen oder weniger verdichteten Umlandkreisen.

1.1.1.1.4 Geburten nach Familienstand

Nach Familienstand differenziert, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern. Der traditionell erheblich höhere Anteil von nichtehelichen Geburten in der DDR erhöhte sich nach der „Wende“ noch: von 33,6 v. H. 1989 über 35,0 v. H. 1990 auf 42,1 v. H. 1991. Da die Gesamtzahl der Geburten sich in diesen Jahren fast halbiert hatte, sank die absolute Zahl der nichtehelichen Geburten allerdings im gleichen Zeitraum von etwa 67 000 auf etwa 45 000. In den alten Bundesländern ist der Anteil der nichtehelichen Geburten von 1989 bis 1991 leicht gestiegen (1989:10,2 v. H., 1990: 10,5 v. H., 1991: 11,1 v. H.). Der erheblich niedrigere Anteil nichtehelicher Kinder von ausländischen Frauen [1991: 7,8 v. H. (ABL) und 17,7 v. H. (NBL)] schwächt die Zahl nach unten ab.

1.1.1.1.5 Trends der Fertilität bis zum Jahr 2030

Die Bundesrepublik war von 1972 bis 1985 weltweit das Land mit der niedrigsten Fertilität. Das Minimum wurde 1985 mit einer zusammengefaßten Geburtenrate von 1,28 erreicht. Die Nettoerproduktionsrate betrug 0,6. Bis 1989 stieg die zusammengefaßte Geburtenrate wieder auf 1,39 an, was im wesentlichen auf einen starken Anstieg der in Deutschland registrierten Geburten ausländischer Staatsangehöriger zurückzuführen ist (Birg/Flöthman, 1993 b, 5).

Auch in den meisten Ländern der EU verharret die Fertilität auf einem anhaltend niedrigen Niveau unterhalb des Generationenersatzes:

Tabelle 3

Entwicklung der Nettoerproduktionsrate in der EU (1960 bis 1991)

Jahr	1960	1970	1980	1991
EUR 12 ...	1,27	1,14	0,87	0,72
B	1,19	1,06	0,81	0,77 ¹⁾
DK	1,20	0,93	0,74	0,80
D	1,13	0,97	0,74	0,63
GR	1,02	1,07	1,02	0,66
E	1,24	1,35	1,08	0,64 ¹⁾
F	1,29	1,17	0,93	0,85 ¹⁾
IRL	1,75	1,81	1,52	1,04
I	1,07	1,12	0,78	0,60 ¹⁾
L	1,08	0,93	0,71	0,76
NL	1,46	1,22	0,76	0,78
P	1,31	1,23	1,03	0,72
UK	1,26	1,15	0,91	0,88

Quelle: Eurostat, 1993: Bevölkerungsstatistik 1993, 98 (zitiert nach: Hof, 1993 a, 64).

¹⁾ = 1990

Der Wiederanstieg der Geburtenhäufigkeit auf ein Niveau, bei dem die Bevölkerung Westeuropas ohne Wanderungen konstant bliebe, wird von keinem Experten prognostiziert.

Der Vergleich der Fertilität zwischen Geburtsjahrgangskohorten zeigt eine stetige Abnahme der Geburten je Frau von Kohorte zu Kohorte. Ein Fortdauern dieser Entwicklung bedeutet einen weiteren Rückgang der absoluten Geburtenzahlen, da die zukünftig ins gebärfähige Alter eintretenden Frauenjahrgänge deutlich weniger zahlreich sein werden als in der Vergangenheit. Die Altersstrukturverschiebungen bei den Gebärenden (Trend zu höherem Alter zum Zeitpunkt der ersten Geburt) unterstützt die Annahme einer weiterhin niedrigen Fertilität.

Der Einfluß einer außergewöhnlichen sozio-ökonomischen Lage auf das Fertilitätsniveau kann an dem aufgezeigten abrupten Geburtenrückgang in den neuen Bundesländern abgelesen werden: Die niedrige Geburtenhäufigkeit dürfte sich bei anhaltender sozialer und wirtschaftlicher Unsicherheit zunächst noch fortsetzen. Kurz- bis mittelfristig könnte sie sich an das Niveau in den alten Bundesländern angleichen. In der regionalen Bevölkerungsprognose der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (BfLR) wird angenommen, daß bis zum Jahr 2000 eine zusammengefaßte Geburtenrate von 1,0 in den neuen Bundesländern zu erwarten ist (Bucher u. a., 1993, 43). Der weitere Annäherungsprozeß könnte sich auf 20 bis 25 Jahre erstrecken. Birg erwartet für den Geburtsjahrgang 1980 eine in den neuen und alten Bundesländern etwa angenäherte Kohortenfertilität, das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) für den Geburtsjahrgang 1985. Das bedeutet, daß noch bis zu den Jahren 2025/30 die Auswirkungen des abrupten Einbruchs der Geburtenzahlen auf das Fertilitätsniveau in den neuen Bundesländern zu bemerken sein werden.

1.1.1.2 Mortalität

Veränderungen in der Sterblichkeit ergeben sich wie Veränderungen des generativen Verhaltens aus der Wechselwirkung einer Vielzahl von Einflußfaktoren (biologisch-genetische, sozio-ökonomische, natürliche und gesellschaftliche Umwelten, Stand des medizinischen Versorgungsniveaus, individuelle, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen u. a.). Daher ist auch die Abschätzung der zukünftigen Sterblichkeitsentwicklung schwierig (vgl. auch Kapitel 7: Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung).

1.1.1.2.1 Die Entwicklung der Mortalität seit 1950

Heute können immer mehr Menschen in Deutschland einem längeren Leben entgegensehen: Die durch-

schnittliche Lebenserwartung bei der Geburt hat sich in den vergangenen 100 Jahren etwa verdoppelt. Und die Lebenserwartung steigt derzeit weiter: In den alten Bundesländern erreichte sie gemäß der Sterbetafel 1988/90 bei männlichen Neugeborenen 72,55 Jahre, bei weiblichen 78,98 Jahre. Gegenüber den alten Bundesländern ist die Lebenserwartung in den neuen Bundesländern bei beiden Geschlechtern und in allen Altersstufen zwei bis drei Jahre niedriger, für männliche Neugeborene derzeit 70,03 Jahre, für weibliche Neugeborene 76,23 Jahre (vgl. Tabelle 4).

Jedoch sind nicht nur zwischen den neuen und den alten Bundesländern erhebliche Unterschiede in der durchschnittlichen Lebenserwartung festzustellen, auch innerhalb beider Gebiete bestehen zum Teil erhebliche Mortalitätsunterschiede.

Tabelle 4

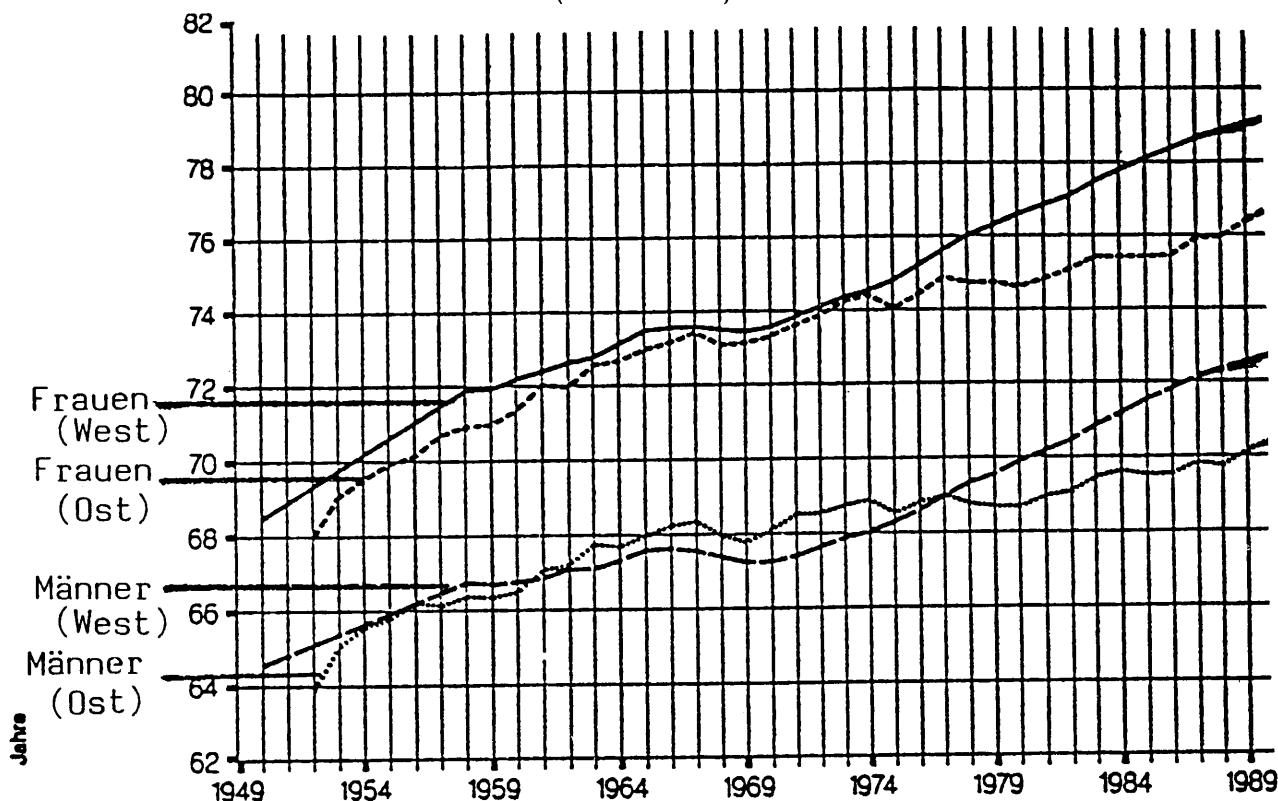
Lebenserwartung im Bundesgebiet/ABL und in der DDR/NBL (1950 bis 1990)

	Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren			
	Bundesgebiet		DDR	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	0 Jahre			
1950	64,6	68,5	63,9	68,0
1960	66,9	72,4	66,5	71,4
1970	67,4	73,8	68,1	73,3
1980	69,9	76,6	68,7	74,6
1990 *) . . .	72,5	79,0	70,0	76,2
	60 Jahre			
1950	16,2	17,5	15,9	17,6
1960	15,5	18,5	15,6	18,2
1970	15,3	19,1	15,2	18,3
1980	16,4	20,7	15,4	18,8
1990 *) . . .	17,7	22,1	16,2	19,8

*) Letztverfügbare Daten

Quellen: Statistisches Bundesamt; Statistische Jahrbücher der DDR (zitiert nach: Bericht der Regierung der Bundesrepublik Deutschland für die Internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994, Anhang, Tabelle 3).

Lebenserwartung bei Geburt im Bundesgebiet und in der DDR
(1950 bis 1990)



Quelle: Bucher u. a., 1993, 46.

Die Sterblichkeitsentwicklung in der Bundesrepublik und der DDR verlief bis Mitte der 70er Jahre fast parallel. Die Lebenserwartung bei Geburt erhöhte sich bei Frauen wie Männern nahezu linear. Danach blieb dieser Trend in der Bundesrepublik bestehen, in der DDR flachte der Zuwachs hingegen ab. Daraus ergeben sich die heutigen Unterschiede in der Lebenserwartung von etwa 2,8 Jahren bei Frauen und 2,3 Jahren bei Männern. Gründe für die durchschnittlich zwei bis drei Jahre geringere Lebenserwartung in Ostdeutschland werden in größeren Umweltgefährdungen und belastenderen Arbeitsbedingungen vermutet. Auch unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten sowie unterschiedliche medizinische Versorgung könnten diese Differenz erklären.

Die Überlebenswahrscheinlichkeiten sind in diesem Jahrhundert auf allen Altersstufen zum Teil beträchtlich gestiegen, was zur Folge hat, daß die tatsächliche durchschnittliche Lebenserwartung einer zum Beispiel 1890 geborenen Frau erheblich höher gelegen hat, als es die Sterbetafel von 1891/1900 vermuten ließ: Diese weiblichen Neugeborenen waren zwar einer Säuglingssterblichkeit gemäß der Sterbetafel 1891/1900 ausgesetzt, in der Altersstufe 30 bis 35 Jahre war für sie aber nicht mehr das Sterberisiko von 1891/1900, sondern das in der Sterbetafel von 1924/26 für den entsprechenden Altersabschnitt angegebene bestimmend. Im Alter von 60 Jahren traf für diese Frau dann die Sterblichkeit aus der Sterbetafel von 1949/

1951 zu usw. Betrachtet man die Entwicklung der Mortalität unter Berücksichtigung dieser kohortenspezifischen Sterblichkeitsrückgänge, so kann für die Zukunft ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung angenommen werden (vgl. Dinkel, 1992).

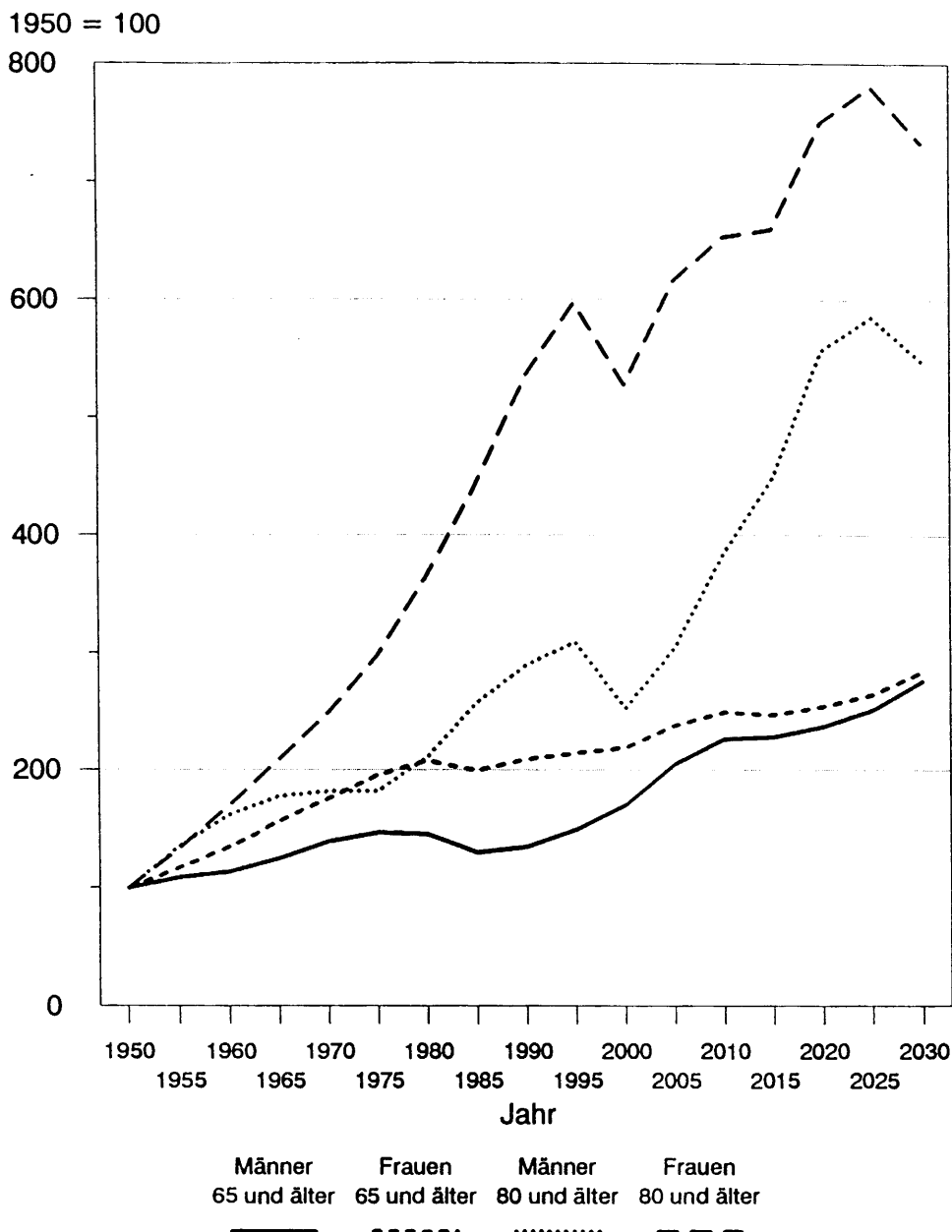
Modellrechnungen auf der Grundlage von Generationensterbetafeln weisen noch deutlicher als bei Verwendung von Periodensterbetafeln auf die möglichen Besetzungsstärken künftiger Altengenerationen hin. Aufgrund des Anstiegs der ferneren Lebenserwartung der Menschen und des gleichzeitigen Rückgangs der Geburten wird der Altenquotient in Zukunft deutlich steigen.

1.1.1.2 Geschlechtsspezifische Mortalitätsrisiken

Männer weisen durchschnittlich eine kürzere Lebensspanne auf als Frauen. Dieser geschlechtsspezifische Mortalitätsunterschied ist ein universelles Phänomen. Die differentielle Sterblichkeit der Geschlechter beginnt bereits im Moment der Geburt. Diese Tatsache deutet auf eine biologische Ursache der erhöhten Sterblichkeit von Männern hin, die durch die unterschiedlichen Anforderungen an die Reproduktion begründet sein könnte; auch scheint es erwiesen, daß die weiblichen Hormone vor Herzinfarkt schützen. Die epidemiologisch zweifelsfrei erwiesene Bedeutung von Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol, falsche

Abbildung 3

65jährige bzw. 80jährige und ältere nach Geschlecht in Deutschland
(1950 bis 2030)



Quelle: Bericht der Regierung der Bundesrepublik Deutschland für die Internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994, Anhang, Abbildung 4.

Ernährung) sowie die höhere Risikobereitschaft von Männern (Unfälle) unterstützen allerdings auch die Gegenposition, welche die erhöhte Sterblichkeit von Männern aus Verhaltenspräferenzen der Geschlechter erklärt. Die Angleichung von Verhaltenspräferenzen hinsichtlich der genannten Risikofaktoren läßt eine Verminderung der Unterschiede in der Mortalität von Männern und Frauen erwarten. Die „Streßhypothese“, nach der die kürzere Lebensspanne von Männern in der rollenspezifischen Arbeitsteilung begründet ist, hält der empirischen Prüfung nicht stand: Dinkel (1992, 76) weist zu Recht darauf hin, daß

beispielsweise in der DDR, wo die Erwerbsbeteiligung von Frauen sich derjenigen der Männer angenähert hatte, eine kaum geringere Übersterblichkeit von Männern als in den alten Bundesländern bestand.

Auf die Gesamtbevölkerung bezogen, kamen im Jahr 1992 auf 100 Männer etwa 111 Frauen. Bei den über 60jährigen ist die Relation jedoch 100 : 200, bei den über 80jährigen 100 : 300, bei den über 100jährigen 100 : 600. Dieses starke Ungleichgewicht ist aber zur Zeit auch historisch bedingt (reduzierte Zahl der Männer, die Kriegsteilnehmer waren). Wegen der

längeren Lebenserwartung der Frauen ist aber in höherem Alter immer mit einem Frauenüberschuß zu rechnen.

1.1.1.2.3 Soziale Determinanten der Lebenserwartung

Neben biologischen und medizinischen sind auch soziale Determinanten der Lebenserwartung zu berücksichtigen. Ein geringeres Mortalitätsrisiko ist bei Verheirateten und bei Personen mit höherem sozioökonomischen Status festgestellt worden. Geschiedene und Verwitwete sowie Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status weisen demgegenüber eine geringere Lebenserwartung auf. Bei den schichtspezifisch differierenden Mortalitätsrisiken wird als Ursache auf das Bildungsniveau und auf allgemeine wohlstandsabhängige Lebensbedingungen wie Wohnen, Ernährung oder Zugang zu guter ärztlicher Versorgung sowie auf die eng mit der Sozialschicht verbundenen Arbeitsbedingungen hingewiesen. Der Einfluß des Familienstandes auf das spezifische Mortalitätsrisiko wird durch die höhere Integration in stabilen Lebensgemeinschaften wie z. B. der Ehe (Versorgung bei Krankheit, Hilferuf im Notfall, geregelte Lebensführung, emotionale Stabilität) erklärt (Klein, 1993, 712 ff.; Elkeles/Mielck, 1993; Gärtner, 1990, 53 ff.).

1.1.1.2.4 Trends der Mortalität bis 2030

In den Ländern der EU näherte sich die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt zwischen 1960 und 1989 an: Sie stieg von 67,3 auf 72,9 Jahre bei Männern und von 72,7 auf 79,3 Jahre bei Frauen. Der Abstand zwischen der größten und der niedrigsten Lebenserwartung in den Ländern der EU sank von 10,3 auf 2,8 Jahre bei Männern und von 8,4 auf 2 Jahre bei Frauen. Verglichen mit den Lebenserwartungen im Durchschnitt der anderen EU-Länder, ist die Lebenserwartung in Deutschland leicht unterdurchschnittlich.

Bei der Sterblichkeitsentwicklung in den alten Bundesländern dürften sich die Entwicklungstendenzen der Vergangenheit im wesentlichen fortsetzen. Die Säuglingssterblichkeit läßt sich kaum mehr reduzieren, so daß zukünftig der Rückgang der Alterssterblichkeit bzw. ihre Verlagerung in ein höheres Alter die weitere Entwicklung der Lebenserwartung stärker bestimmen wird. Nimmt man die durchschnittliche Zunahme der Lebenserwartung der vergangenen 20 Jahre zum Maßstab, dann könnte im Jahre 2000 ein neugeborener Junge eine durchschnittliche Lebenserwartung von etwa 74 Jahren haben, ein neugeborenes Mädchen von 81 Jahren. Dies entspricht dem

heutigen Niveau in der Schweiz, in Schweden oder bei Frauen in Frankreich. In den neuen Bundesländern wird im Jahr 2000 in etwa die jetzige Lebenserwartung in den alten Bundesländer erreicht sein (79,2 Jahre für Mädchen und 72,6 Jahre für Jungen). Langfristig wird sich das West-Ost-Gefälle in der Lebenserwartung abschwächen.

1.1.2 Räumliche Bevölkerungsbewegung

1.1.2.1 Außenwanderungen

1.1.2.1.1 Zuwanderung und Abwanderung in das/aus dem Bundesgebiet seit 1950

Außenwanderungen, insbesondere die Zuzüge, sind derzeit die am schwierigsten abzuschätzende Komponente der Bevölkerungsentwicklung. In den 80er Jahren zogen durchschnittlich 500 000 Personen jährlich in die Bundesrepublik zu (Bruttozuwanderung). Zum Ende des Jahrzehnts wuchs diese Zahl auf mehr als das Doppelte an. Es kann aber auch — unabhängig von aktuellen Entwicklungen — langfristig von einem großen Wanderungsdruck auf Deutschland und die Länder der EU ausgegangen werden. Hoffmann-Nowotny verweist darauf, daß die „kaum abnehmenden strukturellen Distanzen (Entwicklungsunterschiede)“ und „die Diffusion der Werte“ (Wohlstand, soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte usw.) weltweit ein Mobilitätspotential schaffen, „das sich den Weg individueller Mobilität geradezu suchen muß“. „Abermillionen von Menschen sind ganz offensichtlich nicht länger bereit, auf die Früchte kollektiver Anstrengungen zur Reduktion des Entwicklungsrückstandes und der Verbesserung ihrer Lebenschancen zu warten. Sie versuchen vielmehr, ihre individuelle Lebenssituation durch eine Emigration in Länder der entwickelten Welt zu verbessern“ (Hoffmann-Nowotny, 1991, 80).

Seit 1950 war in lediglich neun Jahren die Abwanderung aus der Bundesrepublik Deutschland höher als die Zuwanderung (1951/52, 1967, 1974 bis 1976 und 1982 bis 1984). In diesen vier kurzen Phasen zogen insgesamt 1,28 Mio. Personen mehr weg als zu. In den übrigen 34 Jahren verzeichnete die Bundesrepublik Wanderungsgewinne in Höhe von insgesamt 8,88 Mio. Personen. Die längste Phase der Zuwanderung erlebte die Bundesrepublik Deutschland zwischen 1953 und 1966: Insgesamt 2 Mio. Personen wanderten netto zu, was durchschnittlich 145 000 im Jahr entspricht. Zwischen 1968 und 1973 wanderten knapp 2,5 Mio. Personen zu, durchschnittlich also jährlich 411 000 Personen. 1985 bis 1992 kamen per Saldo über 3,5 Mio. Personen nach Westdeutschland bzw. in die alten Bundesländer, durchschnittlich 440 000 im Jahr.

Tabelle 5

Natürliche und räumliche Bevölkerungsbewegung in der Bundesrepublik seit 1950 und Prognose für Gesamtdeutschland bis zum Jahr 2000

— Personen in Mio. —

Zeitraum	Geburten	Sterbefälle	natürliches Saldo	Zuzüge *)	Fortzüge *)	Wanderungs-saldo
1950—1959	11,37	7,56	+3,79	1,97	1,65	+0,31
1960—1969	12,88	9,04	+3,84	6,43	4,35	+2,08
1970—1979	8,60	9,61	-1,02	7,13	5,45	+1,67
1980—1989	8,53	9,27	-0,74	6,17	4,69	+1,47
1990—1992	2,55	2,72	-0,17	3,93	1,86	+2,07
1950—1992	43,92	38,21	+5,71	25,62	18,00	+7,60
[Prognose (Gesamtdeutschland):						
1990—2000	8,77	9,71	-0,95	11,34	6,41	+4,93]

*) ohne Wanderungen zwischen der DDR und der Bundesrepublik Deutschland

Quelle: Bucher, 1993.

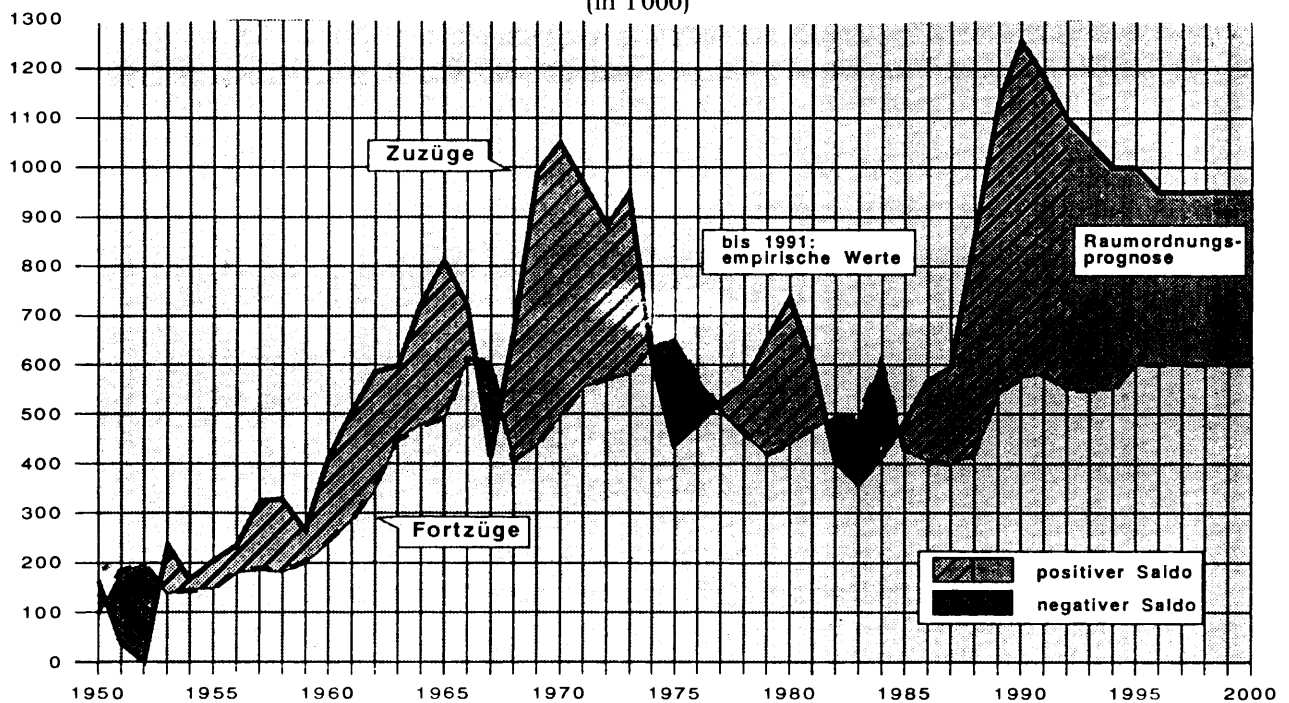
Während in den 50er und 60er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland die Geburtenüberschüsse höher waren als die Wanderungsgewinne, wächst die Bevölkerung Deutschlands seit mehr als zwanzig Jahren allein aufgrund der Zuwanderung. Seit 1972, als die Zahl der Sterbefälle erstmals die der Geburten übertraf, wäre die Bevölkerung der früheren Bundes-

republik Deutschland um 2,05 Mio. geschrumpft, wenn nicht die Außenwanderungen in Höhe von knapp 2,4 Mio. diese Verluste kompensiert hätten. In der DDR war die Bevölkerungszahl wegen der hohen Zahl von Fortzügen und der geringen Zahl von Zuzügen tendenziell rückläufig.

Abbildung 4

Wanderungen über die Grenzen Deutschlands

(in 1000)



Quelle: Bucher u. a., 1992, 842.

Tabelle 6

Zuzüge ins Bundesgebiet nach ihrer Herkunft
(Personen in 1 000, Anteile in v. H.)

Zeitraum	Zuzüge	Anteil aus: außereurop. Ausland	europ. Ausland	EG ¹⁾	Jugoslawien	Türkei	restliches Osteuropa ²⁾
1960—1964 . .	2 692	18,8	88,2	—	4,5	5,0	2,1
1965—1969 . .	3 531	9,9	90,1	33,2	13,7	11,3	4,6
1970—1974 . .	4 365	10,8	89,2	23,3	17,4	22,0	3,8
1975—1979 . .	2 637	18,0	82,0	23,9	8,0	23,7	14,7
1980—1984 . .	2 511	22,4	77,6	23,7	5,5	16,1	23,5
1985—1989 . .	4 089	18,7	81,3	15,4	5,0	8,4	37,4
1960—1989 . .	19 825	14,8	85,2	26,5	9,7	14,5	14,6
[Prognose (Gesamtdeutschland):							
1990—2000 . .	11 340	23,0	77,0	15,0	8,0	9,0	45,0]

1) zum jeweiligen Gebietsstand: ab 1960 Frankreich, Italien, Benelux-Staaten; ab 1972 plus Dänemark, Großbritannien, Irland; ab 1981 plus Griechenland; ab 1986 plus Portugal, Spanien

2) Polen, Rumänien, Sowjetunion bzw. GUS-Staaten, Tschechoslowakei bzw. Nachfolgestaaten, Ungarn

Quelle: Bucher, 1993, 257.

1.1.2.1.2 Hauptherkunftsländer der Zuwanderinnen und Zuwanderer

Der weitaus größte Teil der Zuziehenden kam seit 1960 und kommt wohl auch mittelfristig weiter aus anderen europäischen Ländern. Allerdings hat sich in den letzten 25 Jahren der Anteil der Zuwanderinnen und Zuwanderer von außerhalb Europas von 10 v. H. auf 20 v. H. verdoppelt. Hauptherkunftsländer der Zuwanderinnen und Zuwanderer waren in den 60er Jahren die EG-Staaten, aus denen jeder dritte Zuziehende stammte. Ihr Anteil sank bis Ende der 80er Jahre auf unter 10 v. H., das waren etwas mehr als 140 000 Personen im Jahr. Die Zuwanderung aus Jugoslawien erreichte in der ersten Hälfte der 70er Jahre ihr Maximum mit gut 17 v. H. aller Zuzüge; der Anteil sank in den 80er Jahren wieder auf 5 v. H.

Mit Beginn des Bürgerkriegs stieg die Zahl der Flüchtlinge an. Zuwanderinnen und Zuwanderer aus der Türkei stellten in der ersten Hälfte der 70er Jahre mit fast 1 Mio. Personen das absolute, in der zweiten Hälfte der 70er Jahre mit 25 v. H. das relative Maximum an der gesamten Zuwanderung. Seit Ende der 80er Jahre kommen jährlich zwischen 80 000 und 90 000 Personen von dort (oder 5 bis 7 v. H.). Der „eiserne Vorhang“ hielt bis Mitte der 70er Jahre die Zuwanderungen aus Osteuropa auf niedrigem Niveau, mit Anteilen jeweils unter 5 v. H. Ab Mitte der 70er bis Ende der 80er Jahre stieg der Anteil dieser Zuwanderung auf das Zehnfache (von 4 auf 40 v. H.).

1989/90 verzeichnete Deutschland einen Wanderungsgewinn von über 1 Mio. Personen aus den mittel- und osteuropäischen Ländern einschließlich der

Sowjetunion sowie aus außereuropäischen Ländern (legale/illegale Zuwanderinnen und Zuwanderer insbesondere aus politischen und wirtschaftlichen Gründen). Im Vergleich dazu sind die Wanderungsverflechtungen mit EU-Staaten heute gering und weitgehend ausgeglichen. Auch im EU-Binnenmarkt ist zumindest mittelfristig keine bedeutende zusätzliche Wanderungswelle zu erwarten. Dies könnte sich ändern, wenn sich regionale Einkommens- und Beschäftigungsdisparitäten innerhalb der EU verstärken. Hingegen bleibt die zu erwartende Zuwanderung aus Mittel-, Südost- und Osteuropa der weiterhin dominierende Faktor. Allein die deutschstämmigen Zuwanderinnen und Zuwanderer können bis zum Jahr 2000 jährlich 200 000 bis 250 000 Personen ausmachen. Die krisenhafte Entwicklung in vielen Regionen erhöht den allgemeinen Wanderungsdruck. Die BfLR erwartet etwa 2 bis 3 Mio. nichtdeutsche Zuwanderinnen und Zuwanderer aus diesen Gebieten, von denen schätzungsweise 1 Mio. aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, jeweils 500 000 aus Polen und dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion sowie jeweils zwischen 50 000 und 100 000 aus Rumänien, dem Gebiet von Tschechien, der Slowakei und Ungarn kommen könnten (Bucher u. a., 1993, 61). Auch aus außereuropäischen Ländern wird weiterhin ein erheblicher Zuwanderungsdruck bestehen. Inwieweit diesem nachgegeben wird bzw. ob ein De-facto-Zuwanderungsstopp für Ausländerinnen und Ausländer aufrechterhalten werden kann, ist schwer abzuschätzen. Die langfristige Abschottung gegenüber Zuwanderungen insbesondere aus Ländern der „Dritten Welt“ ist jedoch wenig wahrscheinlich (vgl. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 1994, 7).

1.1.2.1.3 Zielgebiet: Neue bzw. alte Bundesländer und siedlungsstruktureller Gebietstyp

Die Wanderungsgewinne berühren neben der Altersstruktur (vgl. Abschnitt 1.2.2.4) und der Gesamtzahl (vgl. Abschnitt 1.1.2.1.1) auch die räumliche Verteilung der Bevölkerung. Es ist eine sehr unterschiedliche Betroffenheit der einzelnen Regionen festzustellen. Die Zuzüge werden zunächst überwiegend die alten Bundesländer betreffen. Der Anteil der neuen Bundesländer am Außenwanderungsgewinn könnte auf 10 v. H. bis zum Jahr 2000 steigen (Bucher u. a., 1993, 61). Bevorzugte Zielregionen der Außenwanderungen sind — wie bei den Binnenwanderungen — ökonomisch prosperierende Regionen und hier wiederum urbane Verdichtungsräume. Kleinräumige Umschichtungen sind insbesondere in innerstädtischen Altbaugebieten zu erwarten, da sich hier eine Tendenz zur Wohnortverlagerung der ansässigen Bevölkerung mit den bevorzugten Wohnstandortzielen der Hinzuziehenden überlagert. In den 80er Jahren konzentrierten sich 88 v. H. der Wanderungsgewinne auf die Regionen mit großen Verdichtungsräumen oder Verdichtungsansätzen. Fast 40 v. H. der Migrantinnen und Migranten siedelten sich in Kernstädten auf etwa 3 v. H. der Fläche Deutschlands an. Außenwanderungen führen nicht zu einer Annäherung der regionalen Entwicklungsunterschiede, sie verschärfen eher die Disparitäten. Regionen mit Binnenwanderungsgewinnen und Geburtenüberschüssen haben auch stärkere Außenwanderungsgewinne gegenüber Regionen mit Bevölkerungsverlusten aus Sterbeüberschüssen und Abwanderungen. Gerade diejenigen Regionen mit Engpässen bei der Wohnungs- und Infrastrukturversorgung tragen auch die größte Last der Integration.

1.1.2.1.4 Trends der Zuwanderung bis 2030

Die Außenwanderungen werden zukünftig weiterhin die Bevölkerungsentwicklung wesentlich beeinflussen. Welchen Umfang sie allerdings erreichen, ist äußerst ungewiß. Die BfLR rechnet mit einem Außenwanderungsgewinn von knapp 5 Mio. Personen bis zum Jahr 2000 (11,3 Mio. Zuzüge und 6,4 Mio. Fortzüge). Die Siebte koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes vom April 1992 rechnete mit einem Außenwanderungssaldo von nur knapp 3,5 Mio. bis zu diesem Zeitpunkt, ist aber unter anderem aufgrund dieser niedrigen Annahme sehr kritisiert worden. Im Bundesinnenministerium geht man in einer neueren Modellrechnung von knapp 3,8 bis 5 Mio. Zuzügen bis zum Jahr 2000 aus. Das IFO-Institut, München, rechnet mit einem Außenwanderungssaldo von 4,5 bis 7,1 Mio. (vgl. BIB: Synopse der Wanderungsannahmen verschiedener Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung im vereinten Deutschland, Tischvorlage für die interministerielle Arbeitsgruppe Bevölkerungsfragen beim BMI, Tagung am 6. Juli 1993 in Bonn; zitiert in: Bucher, 1993, 259).

Neben der unmittelbaren Wirkung des Wanderungssaldos — Vergrößerung oder Verkleinerung des Bevölkerungsbestands — haben die Außenwande-

rungen auch einen sekundären Effekt, der aus der natürlichen Bevölkerungsentwicklung der Zugewanderten resultiert. Nach Modellrechnungen der BfLR ergibt sich, daß 1 000 Personen Außenwanderungsgewinn jährlich einen Geburtenüberschuß von 7 Personen nach sich ziehen (Bucher, 1993, 260). Damit besteht ein fundamentaler Gegensatz zum Sterbeüberschuß der ansässigen Bevölkerung. Nach den Annahmen der BfLR, die eine Angleichung des generativen Verhaltens der zugewanderten an das der ansässigen Bevölkerung unterstellt, ergibt sich dieser Effekt aus der altersstrukturellen Besonderheit der Außenwandernden: Die Altersgruppen mit hoher Fertilität sind stärker besetzt, die mit hoher Mortalität dagegen schwächer. So ist auch zukünftig weiterhin eine Verjüngung der Altersstruktur der ansässigen Bevölkerung durch Zuwanderungen zu erwarten.

1.1.2.1.5 Zuwanderung und Integrationsbedarf

Seit 1972 ist die Zahl der Sterbefälle im Bundesgebiet bzw. in den alten Bundesländern größer als die Zahl der Geburten. Seitdem sinkt die Bevölkerungszahl, wenn Zuwanderung aus dem Ausland nicht ausreicht, um das Geburtendefizit zu kompensieren.

Bleibe das generative Verhalten unverändert und die Nettoreproduktionsrate auf dem heutigen Niveau von 0,66 konstant, würde die Bevölkerung ohne Wanderungen in jeweils etwa 28 Jahren (= durchschnittlicher Abstand zwischen Eltern- und Kindergeneration) um 34 v. H. abnehmen: von 1990 etwa 80 Mio. bis 2018 auf etwa 52,8 Mio., bis 2046 auf etwa 34,8 Mio., bis 2074 auf etwa 23 Mio. (Birg, 1993 b, 59). Unterstellt, daß zukünftig kein grundlegend verändertes generatives Verhalten in Deutschland auftritt, bei dem sowohl der Anteil der Kinderlosen erheblich zurückgehen als auch die durchschnittliche Kinderzahl je Frau auf 2 bis 3 steigen müßte, bedeutet dies, daß Deutschland, wenn es einen solchen massiven Rückgang der Bevölkerung in den nächsten 80 Jahren vermeiden will, auf millionenfache Zuwanderung angewiesen sein wird. Da von einer niedrigen Wanderungsverflechtung innerhalb der EU- und mit anderen Industriestaaten ausgegangen werden kann, wird es sich um Zuwanderung hauptsächlich aus Staaten Osteuropas, Afrikas, Asiens und Lateinamerikas handeln.

Nach Birg summiert sich die Zahl der Zuwanderinnen und Zuwanderer, die zur Aufrechterhaltung des Bevölkerungsstandes von 1990 erforderlich ist, bei Annahme einer leicht steigenden Fertilität der deutschen Bevölkerung bis 2050 auf etwa 16,9 Mio. Unter Berücksichtigung des Sekundäreffekts von Wanderungen (junge Altersstruktur und höhere Fertilität der Zuwandernden) beträgt die kumulierte Zahl der bis 2050 Zuwandernden und ihrer Kinder 24,1 Mio. Dies bedeutete — nach derzeitigem Staatsbürgerschaftsrecht — einen Ausländeranteil von 37,7 v. H., wobei der jetzt schon hier lebende Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Wohnbevölkerung von 8,6 v. H. noch nicht berücksichtigt ist (Birg 1993 b, 77). Diese Zahlen verdeutlichen, wie groß in Zukunft der Integrationsbedarf sein wird.

1.1.2.2 Binnenwanderungen

Nach 1989 haben sich die Binnenwanderungsströme in Deutschland aufgrund der Überlagerung durch Ost-West-Binnenwanderungen grundsätzlich verändert (vgl. Raumordnungsbericht 1993, BT-Drucksache 12/6921).

Vor 1989 bestanden erhebliche Ost-West-Unterschiede im Binnenwanderungsaufkommen: In der Bundesrepublik bestand eine wesentlich größere räumliche Mobilität als in der DDR. Das intensivere Wanderungsgeschehen resultierte aus der vollkommenen Freizügigkeit, den Erfordernissen an Mobilität bei Beruf und Ausbildung usw. In der DDR wurden Wanderungen weitgehend durch die regionale Wohnbautätigkeit geprägt. Mit Öffnung der „Mauer“ am 9. November 1989 trat zunächst mit den „Übersiedlerinnen“ und „Übersiedlern“ ein neuer Typus von Wanderern auf, die vom 3. Oktober 1990 an zu Binnenwanderern wurden.

Wandernde zwischen den Regionen haben eine spezifische Altersstruktur, die sich von der Gesamtbevölkerung unterscheidet. Besonders mobil sind die Altersjahrgänge zwischen 18 und 30 Jahren. Von ihnen wechseln jährlich 8 bis 12 v. H. ihren Wohnort über die Grenze von Kreisen hinweg — gegenüber etwa nur 3 v. H. der Gesamtbevölkerung (Bucher, 1994, 6). Mit zunehmendem Lebensalter sinkt die Mobilitätsrate erheblich, auf etwa 1 v. H. bei den über 50jährigen. Durch diese Eigenschaft der Altersselektivität verursachen Wanderungen Altersstruktureffekte in den Herkunfts- wie in den Zielregionen.

1.1.2.2.1 West-West-Wanderungen

Bei Binnenwanderungen innerhalb der Bundesrepublik sind in den Jahren 1980 bis 1989 zwei Haupttrends festzustellen gewesen: Zum einen Altersstrukturverschiebungen der mobilen Bevölkerung, da die Mobilität von jüngeren Altersgruppen rückläufig war, während „Altenwanderungen“ eine hohe zeitliche Stabilität auf allerdings wesentlich niedrigerem Niveau aufwiesen. Daher rührte zum anderen eine insgesamt sinkende Mobilität (Bucher u. a., 1993, 48). Daraus kann für die Zukunft, berücksichtigt man die Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung, eine wieder steigende Mobilität abgeleitet werden.

1.1.2.2.2 Ost-West-/West-Ost- Wanderungen

Das Niveaufälle in den Lebens- und Arbeitsbedingungen zwischen den alten und neuen Bundesländern wurde zur Hauptursache für die Binnenwanderung in Deutschland. Zunächst waren die westlichen Regionen der neuen Bundesländer die Hauptabwanderungsgebiete, dann überlagerten Pendelwanderungen diese Wohnortverlagerungen. Zukünftig dürften besonders vom ökonomischen Strukturwandel betroffene Regionen, die aber gleichzeitig für das „Pendeln“ eine zu große Distanz zu den alten Bundesländern aufweisen, zu den Abwanderungsgebieten gehören.

1990 zogen etwa 395 000 Personen in die alten Bundesländer zu, 1991 ca. 250 000, 1992 noch knapp 200 000. Zukünftig wird sich, aufgrund der begrenzten Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes, die selektive Wirkung der Binnenwanderung verstärken: Vor allem motivierte und qualifizierte junge Menschen werden in den Westen abwandern (vgl. DIW Wochenbericht, 9/94). Bis zum Jahr 2000 erwartet die BfLR einen Wanderungsverlust der neuen Bundesländer von insgesamt 900 000 bis 1,54 Mio. Fortzügen bei etwa 620 000 Zuzügen (Bucher u. a., 1993, 54).

Die West-Ost-Wanderungen erhöhten sich bereits in den vergangenen drei Jahren enorm: Waren es 1990 nur knapp 36 000, so zogen 1991 schon über 80 000 Personen aus den alten in die neuen Bundesländer und 1992 bereits über 111 000. In den ersten fünf Monaten des Jahres 1993 wanderten 75 588 Personen aus den neuen Bundesländern ab und knapp 56 000 aus den alten Bundesländern zu. Rechnet man diesen Trend auf das gesamte Jahr hoch, so werden 1993 voraussichtlich 180 000 Umzüge aus und 135 000 Umzüge in die neuen Bundesländer stattgefunden haben. Die Schere scheint sich also allmählich zu schließen; aber derzeit ist noch nicht abzusehen, ob die vermehrten Wanderungen in den Osten, getragen von Berufseinsteigern und „Rückkehrern“, zur Kompensation der Abwanderungen ausreichen werden.

Die Verteilung der Wanderungsüberschüsse der alten Bundesländer ist derzeit noch nicht abzuschätzen: Die vermutete Ausrichtung am traditionellen Nord-Süd-Trend könnte durch den Ost-West-Strom abgeschwächt werden. Per Saldo werden sich vermutlich „Verliererregionen“ in den neuen Bundesländern herausbilden, wohingegen die „Gewinnerregionen“ des Südens und Westens weiterhin bevorzugte Zielregionen sein könnten (vgl. auch Bucher/Gatzweiler, 1993).

1.1.2.2.3 Ost-Ost-Wanderungen

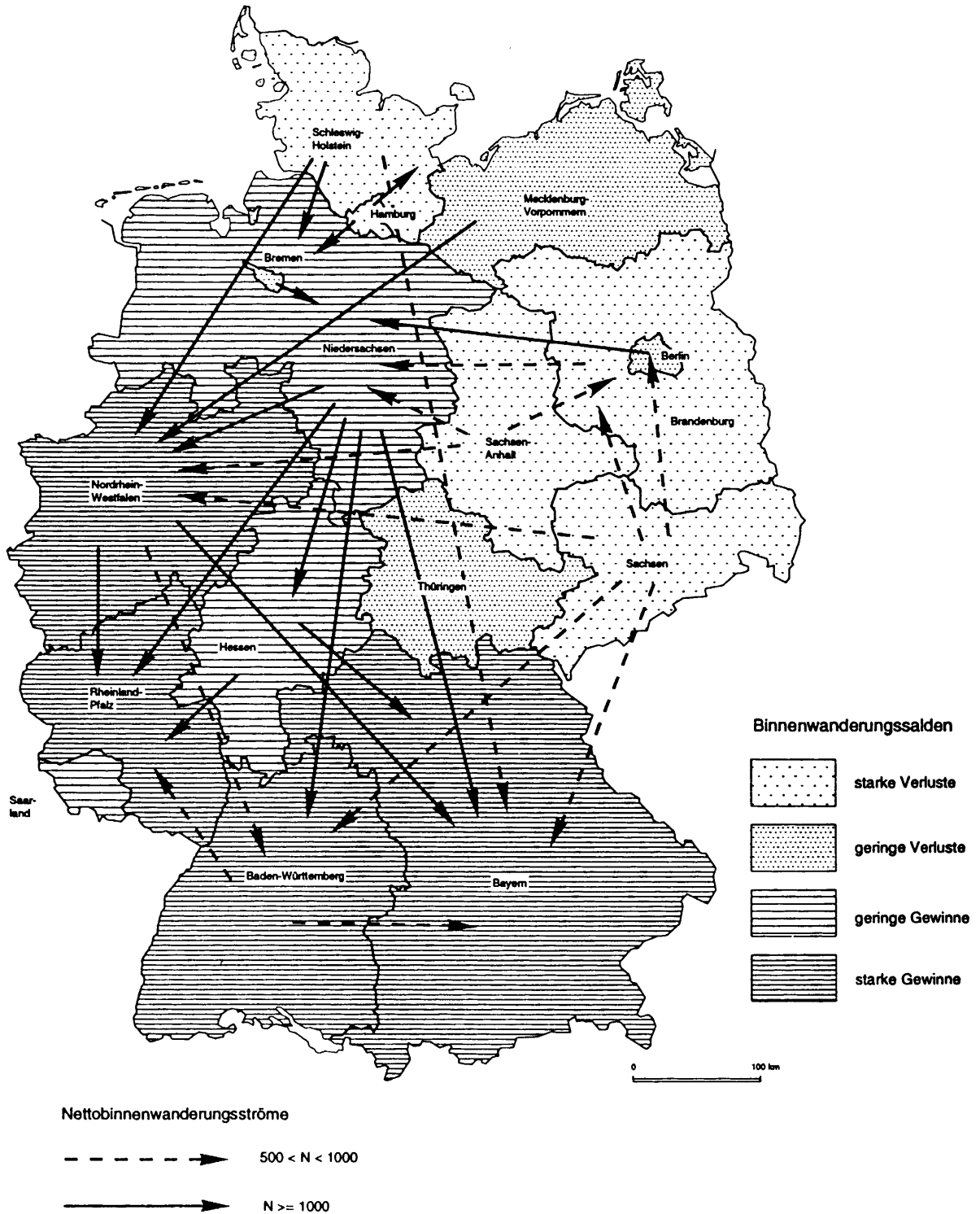
Innerhalb der neuen Bundesländer dürfte sich das Wanderungsaufkommen als Folge der allgemeinen Krise zunächst verringern: Mit der Herausbildung von neuen Arbeitsmöglichkeiten und wirtschaftlichem Aufschwung ist zu erwarten, daß die traditionell geringere Mobilität aus „DDR-Zeiten“ — zumindest für die Höherqualifizierten — abgelöst wird von einem größeren Wanderungsaufkommen. Hinsichtlich der Altersstruktur der Wandernden ist von einer ähnlichen Entwicklung wie in den alten Bundesländern auszugehen; allerdings ist zu vermuten, daß die Gruppe der 18- bis unter 30jährigen zunächst noch stärker wandern wird. In den westlichen Regionen der neuen Bundesländer wird nach Einschätzung der BfLR aufgrund des Überlagerungseffekts der „Pendler“ ein Rückgang der Mobilität zu beobachten sein (Bucher u. a., 1993, 53).

1.1.2.2.4 Altenwanderungen

Alten- oder auch Altersruhesitzwanderungen, als eine Ausprägung der Binnenwanderungen, kommt in Zukunft eine wachsende Bedeutung zu (vgl. Friedrich u. a., 1994). Sie wirken unmittelbar auf die Zahl der

Abbildung 5

Binnenwanderungssalden und -ströme der 55jährigen und älteren zwischen den Bundesländern 1991/92



Quelle: Friedrich u. a., 1994, 31.

alten Menschen in einer Region. Altenwanderungen zeigen eine hohe zeitliche Stabilität, losgelöst von ökonomisch bedingten zyklischen Schwankungen. Neuere Untersuchungen zur Altenmobilität weisen die Großstädte, insbesondere in den altindustrialisierten Zentren des Ruhrgebiets, als Abwanderungsregionen aus (Janich, 1991). Zielregionen sind zum einen die landschaftlich reizvollen und ökologisch weniger belasteten Gebiete der Nord- und Ostseeküsten und des Alpenrands, zum anderen die Naherholungsgebiete der Ballungsgebiete (Sauerland, Hunsrück, Taunus, Odenwald).

Oft zieht sich der Akt der Wohnstandortverlagerung über einen längeren Zeitraum hin. Zunächst als Ferien- oder Zweitwohnsitz genutzte Wohnungen erlangen mehr und mehr den Status des Hauptwohnsitzes. Sie werden — insbesondere nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsprozeß — Mittelpunkt des neuen Lebens.

1.2 Alternde Gesellschaft

In fast allen europäischen Ländern liegt die Zahl der Geburten seit vielen Jahren unterhalb des Bestandserhaltungsniveaus. Die Bevölkerung wird daher langfristig von Sterbeüberschüssen geprägt sein und zahlenmäßig abnehmen. Damit verbunden ist eine relative Alterung der Bevölkerung: Der Anteil der Jugendlichen sinkt, der Anteil der alten Menschen steigt. Modellrechnungen verschiedener Statistischer Ämter und wissenschaftlicher Institute belegen, daß diese Entwicklung kaum umkehrbar, sondern im wesentlichen stabil ist. Selbst kurzfristige starke und nachhaltige Veränderungen bei den Geburten und/oder beim Außenwanderungsgeschehen könnten diesen langfristigen Trend nicht umkehren, wenn auch abschwächen. Die Relation zwischen den Generationen wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit gravierend verschieben.

1.2.1 Die Altersstruktur Deutschlands und ihre Veränderung bis 2030

Die Genese und die bestehenden Trends der Bevölkerungsentwicklung zeigen, daß die Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland sich langfristig auf die demographische Alterung einstellen muß. Die zukünftige Gesellschaft wird sich in der Altersstruktur, den Besetzungstärken der verschiedenen Jahrgänge, aber auch in ihrer ethnischen Zusammensetzung erheblich von der gegenwärtigen unterscheiden. Einige der sich ergebenden Veränderungen lassen sich schon heute anhand von sozio-demographischen und sozio-ökonomischen Merkmalen der Bevölkerung im mittleren Alter, den Alten der Zukunft, absehen und einschätzen (vgl. Abschnitte 1.3.1 und 1.3.2).

Als „Alte“ werden im folgenden die 60jährigen und älteren bezeichnet. Da es keine allgemeingültige

Definition von „Alter“ gibt, ist jede Definition in gewissem Maße eine willkürliche Grenzziehung. Dennoch erscheint nach dem derzeitigen faktischen Ruhestandseintrittsalter die Altersgrenze von 60 Jahren als angemessen.

1.2.1.1 Die Entwicklung der Altersstruktur Deutschlands seit 1900

Im Zeitablauf seit Beginn des Jahrhunderts ist ein kontinuierlicher Anstieg sowohl der absoluten Anzahl wie auch des relativen Anteils der über 60jährigen in Deutschland festzustellen:

Tabelle 7

Entwicklung der Zahl und des Anteils der 60jährigen und älteren (1900 bis 1991)

Jahr	Bevölkerung in Mio.	darunter 60jährige und ältere	
		in Mio.	Anteil ¹⁾
1900 ²⁾ ...	56,0	4,4	7,8
1910 ²⁾ ...	64,6	5,1	7,9
1925 ²⁾ ...	63,2	5,8	9,2
1939 ³⁾ ...	69,3	8,5	12,3
1950 ⁴⁾ ...	69,3	10,1	14,6
1961	73,7	13,1	17,8
1970	78,1	15,6	19,9
1980	78,4	15,1	19,4
1990	79,1	16,1	20,3
1991	80,3	16,4	20,4

¹⁾ Anteil an Gesamtbevölkerung

²⁾ Jeweiliger Gebietsstand

³⁾ Gebietsstand vom 31. Dezember 1937

⁴⁾ Ab 1950 Bundesgebiet vom 3. Oktober 1990

Quelle: BMFuS (Hrsg.): Erster Altenbericht, Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland, Bonn, 1993, S. 257.

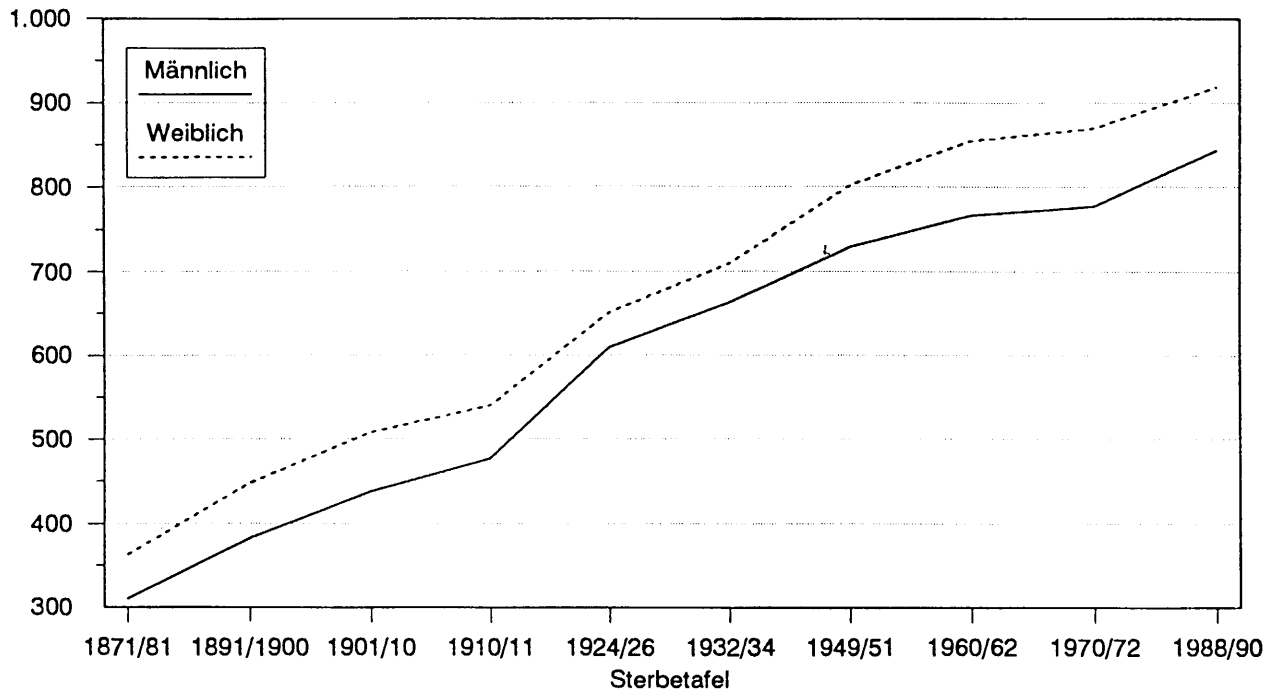
Die Zahl der in Deutschland lebenden 60jährigen und älteren stieg von etwa 4,4 Mio. zu Beginn des Jahrhunderts auf 16,4 Mio. im Jahre 1991. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung stieg innerhalb dieses Zeitraumes von etwa 8 v. H. auf etwas über 20 v. H.

Für den demographischen Alterungsprozeß ist ausschlaggebend, wie viele Menschen „alt“, d. h. 60 Jahre und älter, werden. Erreichten Anfang des Jahrhunderts etwa 44 v. H. der männlichen Neugeborenen das Alter von 60 Jahren und etwa 9 v. H. das Alter von 80 Jahren, waren es Ende der 80er Jahre etwa 84 v. H., die das Alter von 60 erreichten, und etwas über ein Drittel, die das Alter von 80 vollenden konnten (vgl. Abbildung 6).

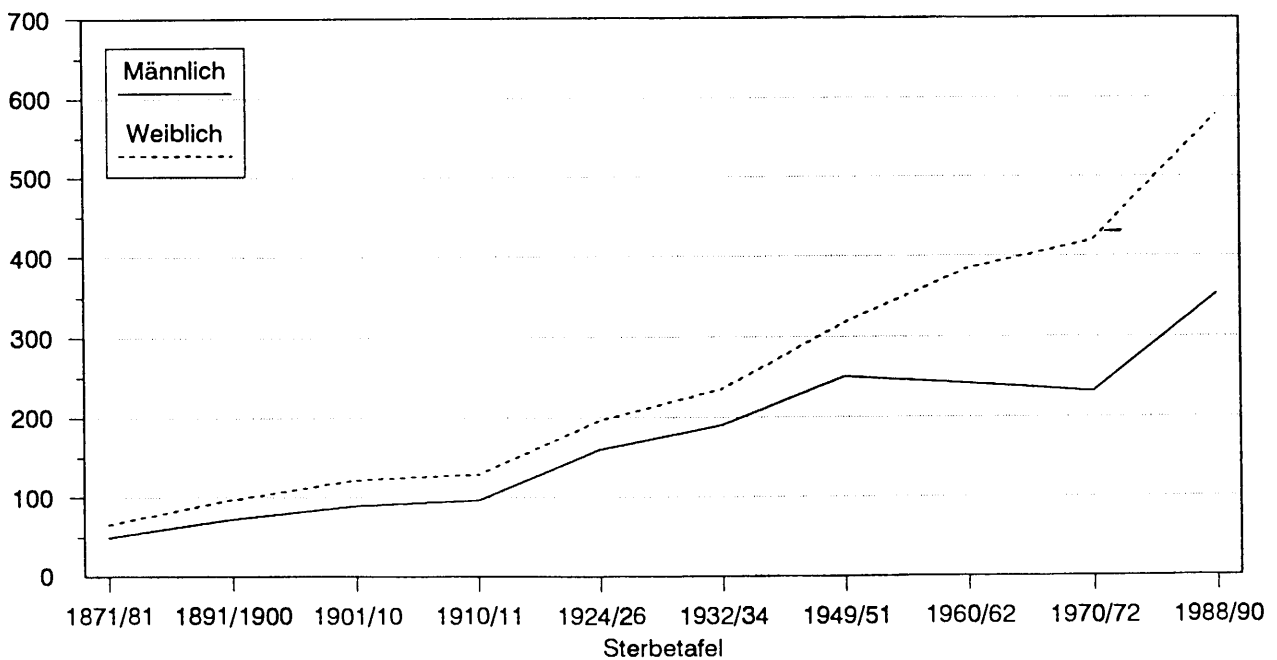
Abbildung 6

Geborene, die das Alter von 60 bzw. 80 Jahre erreichten

von 1000 Geborenen erreichten das Alter 60



von 1000 Geborenen erreichten das Alter 80



Bis 1932/34 Reichsgebiet, ab 1945/51 Bundesgebiet

Quelle: BIB 1993, Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“, Abb. 5.

1.2.1.2 Jugend-, Alten- und Gesamtquotient, Zahl der Personen im Erwerbsalter

Die Konsequenzen der Altersstrukturverschiebung der Bevölkerung Deutschlands zeigen sich bei den Anteilen der Hauptaltersgruppen (0 bis unter 20, 21 bis 59 und ab 60) an der Gesamtbevölkerung.

Die Entwicklung der Zahl der ab 60jährigen im Vergleich zur Zahl der 0- bis 20jährigen (Kinder/

Jugendliche) und der 21- bis 59jährigen in den neuen und in den alten Bundesländern verlief unterschiedlich. Im Bundesgebiet sank die Zahl der Kinder und Jugendlichen erst von dem Jahr 1983 an unter das Niveau des Jahres 1950 und die Zahl der 21- bis unter 60jährigen stieg kontinuierlich an. In der DDR erreichte die Zahl der unter 60jährigen insgesamt bis 1991 nicht wieder das Niveau von 1950.

Tabelle 8

**Bevölkerung nach Hauptaltersgruppen in der Bundesrepublik/Alte Bundesländer
und in der DDR/Neue Bundesländer (1950 bis 1991) — in Personen und Index 1950 = 100**

Jahr	Bevölkerung insgesamt	darunter: 0- bis 20jährige		21- bis 59jährige		ab 60jährige	
	in 1 000	in 1 000	Index	in 1 000	Index	in 1 000	Index
Bundesgebiet/Alte Bundesländer							
1950	50 958,1	16 309,7	100,0	27 497,8	100,0	7 150,6	100,0
1955	53 517,7	16 872,1	103,5	28 589,5	104,0	8 056,1	112,7
1960	55 958,3	16 963,6	104,0	30 860,2	112,2	9 234,5	129,1
1965	59 296,6	17 811,6	109,2	30 764,4	111,9	10 720,6	149,9
1970	61 001,2	18 950,3	116,2	30 247,0	110,0	11 803,8	165,1
1975	61 644,6	18 501,2	113,4	30 773,2	111,9	12 370,2	173,0
1980	61 657,9	17 282,1	106,0	32 409,9	117,9	11 966,0	167,3
1985	61 020,5	14 977,0	91,8	33 561,1	122,1	12 482,4	174,6
1990	63 725,7	14 154,6	86,8	36 326,2	132,1	13 244,9	185,2
1991	64 484,8	14 275,6	87,5	36 852,8	134,0	13 356,4	186,8
DDR/Neue Bundesländer							
1950	18 388,2	5 794,3	100,0	9 621,5	100,0	2 972,3	100,0
1955	17 832,2	5 602,3	96,7	8 968,3	93,2	3 261,6	109,7
1960	17 188,5	5 147,4	88,8	8 543,5	88,8	3 497,5	117,7
1965	17 039,7	5 190,3	89,6	8 176,5	85,0	3 672,9	123,6
1970	17 068,3	5 539,7	95,6	7 764,9	80,7	3 763,7	126,6
1975	16 820,2	5 187,9	89,5	7 995,5	83,1	3 636,9	122,4
1980	16 739,5	4 975,5	85,9	8 556,3	88,9	3 207,8	107,9
1985	16 640,1	4 671,2	80,6	8 925,9	92,8	3 042,9	102,4
1990	16 027,6	4 255,6	73,4	8 753,9	91,0	3 018,1	101,5
1991	15 789,8	4 081,5	70,4	8 679,7	90,2	3 028,5	101,9

Quelle: BIB, Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“, 1993, Anhang Tabelle 13a und b.

Insgesamt stieg innerhalb der letzten vier Jahrzehnte die Zahl der unter 60jährigen im Bundesgebiet um etwa 17 v. H., die der ab 60jährigen und älteren jedoch auf das Doppelte. In der DDR sank dagegen die Zahl der unter 60jährigen um etwa 17 v. H., die der 60jährigen und älteren stieg nur unwesentlich um knapp 2 v. H.

Diese Entwicklung findet ihren Niederschlag auch in der Entwicklung des „Altenquotienten“, eine Kennziffer, die das zahlenmäßige Verhältnis der ab 60jährigen (in Anlehnung an das bisherige Renteneintritts-

alter) zu den 21- bis 59jährigen (Personen im erwerbsfähigen Alter) darstellt. Sie gibt Auskunft über die „Belastungen“ der mittleren erwerbsfähigen Generation durch die kollektive Verpflichtung gegenüber den alten, nicht mehr erwerbsfähigen Menschen. Der Jugendquotient ergibt sich analog aus dem Verhältnis der erwerbsfähigen Generation zu der noch nicht erwerbsfähigen Kinder- und Jugendgeneration. Das Verhältnis der Jugend- und Altenquotienten zusammen gegenüber den 21- bis 59jährigen gibt der „Gesamtquotient“ an.

Tabelle 9

**Jugend-, Alten- und Gesamtquotient
in der Bundesrepublik/Alte Bundesländer
und in der DDR/Neue Bundesländer**
— in Personen — 1950 bis 1991

Jahr	Bundesgebiet/ Alte Bundesländer			Ehemalige DDR/ Neue Bundesländer		
	Jugend- quotient	Alten- quotient	Gesamt- quotient	Jugend- quotient	Alten- quotient	Gesamt- quotient
1950	59,3	26,0	85,3	60,2	30,9	91,1
1955	59,0	28,2	87,2	62,5	36,4	98,8
1960	55,0	29,9	84,9	60,2	40,9	101,2
1965	57,9	34,8	92,7	63,5	44,9	108,4
1970	62,7	39,0	101,7	71,3	48,5	119,8
1975	60,1	40,2	100,3	64,9	45,5	110,4
1980	53,3	36,9	90,2	58,1	37,5	95,6
1985	44,6	37,2	81,8	52,3	34,1	86,4
1990	39,0	36,5	75,4	48,6	34,5	83,1
1991	38,7	36,2	75,0	47,0	34,9	81,9

Quelle: BIB, Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“, 1993, 29 und Anhang Tabelle 14.

Der Jugendquotient wies in beiden Teilen Deutschlands einen ähnlichen Verlauf auf: anfangs sinkende Tendenz, dann bis 1970 kurzfristiger Anstieg und danach wieder sinkend. Der Verlauf des Altenquotienten zeigt eine zunächst erheblich höhere „Belastung“ der mittleren Generation in der DDR, von 1982 an lag der Altenquotient dann dort unter dem westdeutschen Wert. Der Gesamtquotient lag in der Bundesrepublik/ ABL bis 1991 — zum Teil erheblich — unter dem Niveau des Wertes für die DDR/ NBL.

Deutlich wird, daß Jugend-, Alten- und Gesamtquotient derzeit in den neuen und den alten Bundesländern ein ungewöhnlich niedriges Niveau aufweisen. Der Altenquotient — und dadurch bedingt auch der Gesamtlastquotient — werden von dem Jahr 2000 an erheblich steigen.

Tabelle 10

Demographische „Lasten“-Quotienten
(1990 bis 2030)

Jahr	Deutschland insgesamt		
	Jugend- quotient	Alten- quotient	Gesamt- quotient
1990	37,5	35,2	72,7
1995	37,8	36,9	74,7
2000	38,8	42,8	81,6
2005	37,0	45,3	82,3
2010	34,1	46,6	80,7
2015	32,5	49,8	82,3
2020	32,4	55,1	87,5
2025	34,1	64,4	98,6
2030	35,8	73,5	109,3

Quelle: BIB, Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“, 1993, Anhang Tabelle 18.

Die Zahl der Einwohner im Erwerbsalter wird zunächst noch leicht steigen, nach dem Jahr 2000 sinken, von 2010 bis 2030 dann um über 10 Mio. rapide fallen.

Tabelle 11

Personen im Kindes- und Jugendalter und im Erwerbsalter in Deutschland
(1990 bis 2030)

Jahr	Bevölkerung im Alter von					
	0 bis 19 Jahre			20 bis 59 Jahre		
	in 1 000	Index	Anteil	in 1 000	Index	Anteil
1990	17 306,6	100,00	21,70	46 183,8	100,00	57,91
1995	17 544,7	101,38	21,63	46 419,3	100,51	57,24
2000	17 316,8	100,06	21,35	44 669,8	96,72	55,06
2005	16 297,4	94,17	20,31	43 999,3	95,27	54,85
2010	14 869,9	85,92	18,86	43 637,4	94,49	55,34
2015	13 743,5	79,41	17,83	42 276,8	91,54	54,86
2020	12 940,0	74,77	17,26	39 988,5	86,59	53,34
2025	12 485,9	72,15	17,20	36 568,4	79,18	50,39
2030	12 004,6	69,36	17,17	33 531,9	72,61	47,97

Quelle: BIB, Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“, 1993, Anhang Tabelle 18.

1.2.1.3 Geschlechtsspezifische Alterung

Das demographische Altern betrifft den weiblichen Bevölkerungsteil stärker als den männlichen. Seit der Jahrhundertwende stieg die Zahl der mindestens 60jährigen Männer bis 1991 auf das Dreifache, die Zahl der gleichaltrigen Frauen dagegen auf das vierfache. Waren im Jahr 1900 von 100 Männern 7 im Alter von 60 Jahren und älter, waren es 1991 etwa 16 Männer. Bei den Frauen stieg dieser Anteil von etwa 8 v. H. auf etwa 25 v. H. Bei der bisherigen Entwicklung ist jedoch immer der historische Sonderinfluß des Zweiten Weltkrieges zu beachten.

Tabelle 12

Entwicklung der Zahl und des Anteils der 60jährigen und älteren Frauen und Männer in Deutschland (1900 bis 1991)

Jahr	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil ¹⁾	Anzahl	Anteil ¹⁾
	(1 000)	v. H.	(1 000)	v. H.
1900 ²⁾	1 983	7,1	2 414	8,4
1910 ²⁾	2 271	7,1	2 843	8,6
1925 ²⁾	2 615	8,7	3 145	9,8
1939 ³⁾	3 966	11,7	4 545	12,8
1950 ⁴⁾	4 424	14,0	5 699	15,3
1961 ...	5 361	15,6	7 778	19,8
1970 ...	6 136	16,6	9 438	22,9
1980 ...	5 638	15,1	9 936	24,2
1990 ...	5 918	15,4	10 164	24,6
1991 ...	6 164	15,9	10 221	24,7

Fußnoten 1 bis 4: siehe Tabelle 7

Quelle: BIB, Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“, 1993, 6.

1.2.1.4 Hochaltrigkeit

Aufgrund der rückläufigen Alterssterblichkeit wird insbesondere die Zahl der über 80jährigen stärker steigen als die der über 60jährigen. Hochaltrigkeit bildet daher neben Feminisierung (vgl. Abschnitt 1.1.1.2.2 und 1.2.1.3) und Singularisierung (vgl. Kapitel 2: Familie und soziales Umfeld), Verjüngung und Entberuflichung (vgl. Kapitel 3: Wirtschaft und Arbeitsmarkt) ein weiteres wesentliches Merkmal des Altersstrukturwandels (Olbermann/Reichert, 1992).

Die Differenzierung des Alters in unterschiedliche Kohorten („junge“ Alte und „alte“ Alte bzw. Hochaltrige) ist Folge der „zeitlichen Ausweitung der Altersphase“ (Naegele, 1991), die heute eine Spanne von bis zu 50 Jahren umfassen kann. Hochaltrigkeit bzw. „Langlebigkeit“ (Lehr, 1991) einer Person bezeichnet die Lebensphase, welche nach Erreichen und wesentlicher Überschreitung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt beginnt. Das wesentliche Übertreffen der durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt wird als relative Langlebigkeit bezeichnet, das Überschreiten der 100 Jahre als absolute Langlebigkeit; die maximale Lebensspanne, die als genetisch fixiert gilt, beläuft sich nach bisherigen Erkenntnissen auf 110 bis 130 Jahre. Die derzeitige durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern beträgt 72,9, bei Frauen 79 Jahre, so daß als Hochaltrige derzeit die über 80jährigen gelten können.

Während 1970 in der Bundesrepublik Deutschland und in der DDR insgesamt 1,53 Mio. Personen 80 Jahre und älter waren, umfaßte diese Bevölkerungsgruppe der relativ Langlebigen 1989 bereits 2,93 Mio. Personen. Die Gruppe der absolut Langlebigen oder Höchstbetagten stieg von 385 Personen 1970 auf 2014 Personen 1990 und wird bereits im Jahre 2000 auf 13 000 Personen angestiegen sein (Statistisches Bundesamt, 1991).

Tabelle 13

Hochaltrige Männer und Frauen im Bundesgebiet/Alte Bundesländer und in der DDR/Neue Bundesländer (1950 bis 1991)

Jahr	Männer ab 80 Jahre				Frauen ab 80 Jahre			
	Bundesgebiet/ABL		DDR/NBL		Bundesgebiet/ABL		DDR/NBL	
	in 1000	in v. H.	in 1000	in v. H.	in 1000	in v. H.	in 1000	in v. H.
1950	216,7	0,9	72,7	0,9	294,4	1,1	111,6	1,1
1955	284,8	1,1	107,5	1,3	383,8	1,4	158,6	2,0
1960	340,0	1,3	128,8	1,7	491,5	1,7	198,5	2,1
1965	380,8	1,4	133,3	1,7	627,3	2,0	223,7	2,4
1970	393,5	1,4	133,4	1,7	756,6	2,4	254,2	2,8
1975	399,5	1,4	127,6	1,6	923,8	2,9	283,9	3,2
1980	474,0	1,6	136,1	1,7	1 160,8	3,6	321,3	3,6
1985	593,2	2,0	151,8	1,9	1 441,2	4,5	355,7	4,1
1990	687,1	2,2	151,6	2,0	1 777,0	5,4	395,1	4,7
1991	701,0	2,2	149,8	2,0	1 828,3	5,5	401,4	4,9

Quelle: BIB, Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“, 1993, Anhang, Tabelle 12 b.

1991 hatten hochbetagte Männer und Frauen in den neuen und alten Bundesländern fast gleiche Anteile an der Gesamtbevölkerung: Etwa 2 v. H. der männlichen Bevölkerung und etwa 5 v. H. der weiblichen

Bevölkerung waren jeweils 80 Jahre und älter. Insgesamt lebten 1991 über 3 Mio. Hochbetagte in Deutschland.

Tabelle 14

Entwicklung der Zahl der 80jährigen und älteren bis 2030

Jahr	Deutschland insgesamt		alte Bundesländer		neue Bundesländer	
	in 1 000	in v. H.	in 1 000	in v. H.	in 1 000	in v. H.
1995	3 238	3,99	2 688	4,10	550	3,55
2000	2 911	3,59	2 494	3,79	417	2,72
2005	3 361	4,19	2 876	4,42	485	3,19
2010	3 724	4,72	3 155	4,94	569	3,79
2015	3 948	5,12	3 300	5,29	648	4,41
2020	4 623	6,17	3 823	6,30	800	5,61
2025	4 539	6,25	3 685	6,27	855	6,20
2030	4 347	6,22	3 594	6,35	752	5,66

Quelle: BIB, Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“, 1993, Anhang, Tabelle 16.

Die Entwicklung bis 2030 zeigt zunächst noch einen leichten Anstieg der Zahl der Hochbetagten, nach 1995 dann einen Rückgang sowohl der Anzahl als auch des Anteils dieser Altersgruppe, der allerdings bis zum Jahr 2005 wieder ausgeglichen sein wird. Danach steigen die Zahl und der Anteil der über 80jährigen bis zum Jahr 2020 erheblich an, um

danach erneut einen leichteren Rückgang zu erfahren.

Bei den Hochaltrigen besteht ein größerer Frauenüberschuß als bei den Älteren insgesamt; jedoch nimmt auch hier der Frauenüberschuß voraussichtlich nach dem Jahr 2000 ab.

Tabelle 15

Frauenüberschuß (Frauen je 100 Männer — in Personen) bei den ab 60jährigen in Deutschland (1990 bis 2030)

Jahr	Deutschland insgesamt		alte Bundesländer		neue Bundesländer	
	ab 60jährige insgesamt	darunter ab 80jährige	ab 60jährige insgesamt	darunter ab 80jährige	ab 60jährige insgesamt	darunter ab 80jährige
1990	168	258	165	257	184	261
1995	154	274	152	269	163	299
2000	140	296	139	292	146	321
2005	134	281	133	276	140	310
2010	131	232	129	229	138	249
2015	129	205	128	203	135	213
2020	128	191	126	189	133	200
2025	126	191	125	188	130	208
2030	126	195	125	193	130	206

Quelle: BIB, Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“, 1993, Anhang, Tabelle 18.

1.2.2 Die räumliche Dimension der Alterung

Die beschriebene Alterung hat auch eine räumliche Dimension, und dies auf mehreren Ebenen: Weltweit altern die industrialisierten Staaten des Nordens im Vergleich zum Süden (vgl. Höhn, 1993/94). Innerhalb Europas sind auf nationaler Ebene erhebliche Unterschiede der Alterung zu beobachten, unterhalb der nationalen Ebenen bestehen zudem häufig regionale Entwicklungsunterschiede. In Deutschland verlaufen letztere entlang dem siedlungsstrukturellen Gefälle: Ländlich geprägte Regionen weisen derzeit eine jüngere Altersstruktur auf als hochverdichtete Regionen.

1.2.2.1 Alterung im europäischen Vergleich

Der demographische Alterungsprozeß ist kein ausschließlich deutsches Phänomen, sondern für alle

Industrieländer charakteristisch. Im gesamten europäischen Raum stieg der Anteil der 60jährigen und älteren im Zeitraum von 1950 bis 1990 von etwa 13 v. H. auf knapp 19 v. H.

Während in Osteuropa die Alterung der Bevölkerung noch relativ gering ausgeprägt ist, schritt sie in Nordeuropa am weitesten voran. 1990 lebte in Osteuropa ein etwa gleich hoher Anteil Menschen im Alter über 60 Jahre (16,1 v. H.) wie in den nordeuropäischen Ländern im Jahre 1960 (16,2 v. H.). Die Alterung Westeuropas ist etwas überdurchschnittlich, diejenige Südeuropas gering unterdurchschnittlich ausgeprägt. Tabelle 16 zeigt den Alterungsprozeß anhand der Entwicklung der Zahl und des Anteils der über 60jährigen für die europäischen Großräume seit 1950 (zur Entwicklung in der Russischen Föderation vgl. Reinicke, 1994).

Tabelle 16

Das Altern der Bevölkerung in Europa

	1950	1960	1970	1980	1990
Europa¹⁾					
Bevölkerung (in 1 000)	398 140	431 176	466 805	491 835	509 041
darunter 60jährige und ältere:					
in 1 000	51 360	62 089	77 956	82 628	94 682
Anteil	12,9	14,4	16,7	16,8	18,6
Osteuropa¹⁾					
Bevölkerung (in 1 000)	70 113	79 473	85 930	92 659	95 592
darunter 60jährige und ältere:					
in 1 000	6 661	8 822	12 288	13 250	15 390
Anteil	9,5	11,1	14,3	14,3	16,1
Nordeuropa					
Bevölkerung (in 1 000)	78 094	81 770	87 344	89 940	92 360
darunter 60jährige und ältere:					
in 1 000	11 636	13 247	15 809	17 538	18 657
Anteil	14,9	16,2	18,1	19,5	20,2
Südeuropa					
Bevölkerung (in 1 000)	109 014	118 190	128 316	138 772	144 129
darunter 60jährige und ältere:					
in 1 000	11 992	14 537	18 734	21 232	26 231
Anteil	11,0	12,3	14,6	15,3	18,2
Westeuropa					
Bevölkerung (in 1 000)	140 919	151 753	165 207	170 464	175 990
darunter 60jährige und ältere:					
in 1 000	21 138	25 495	30 894	31 024	34 318
Anteil	15,0	16,8	18,7	18,2	19,5

¹⁾ ohne ehemalige UdSSR

Quelle: UN World Population Prospects, 1992.

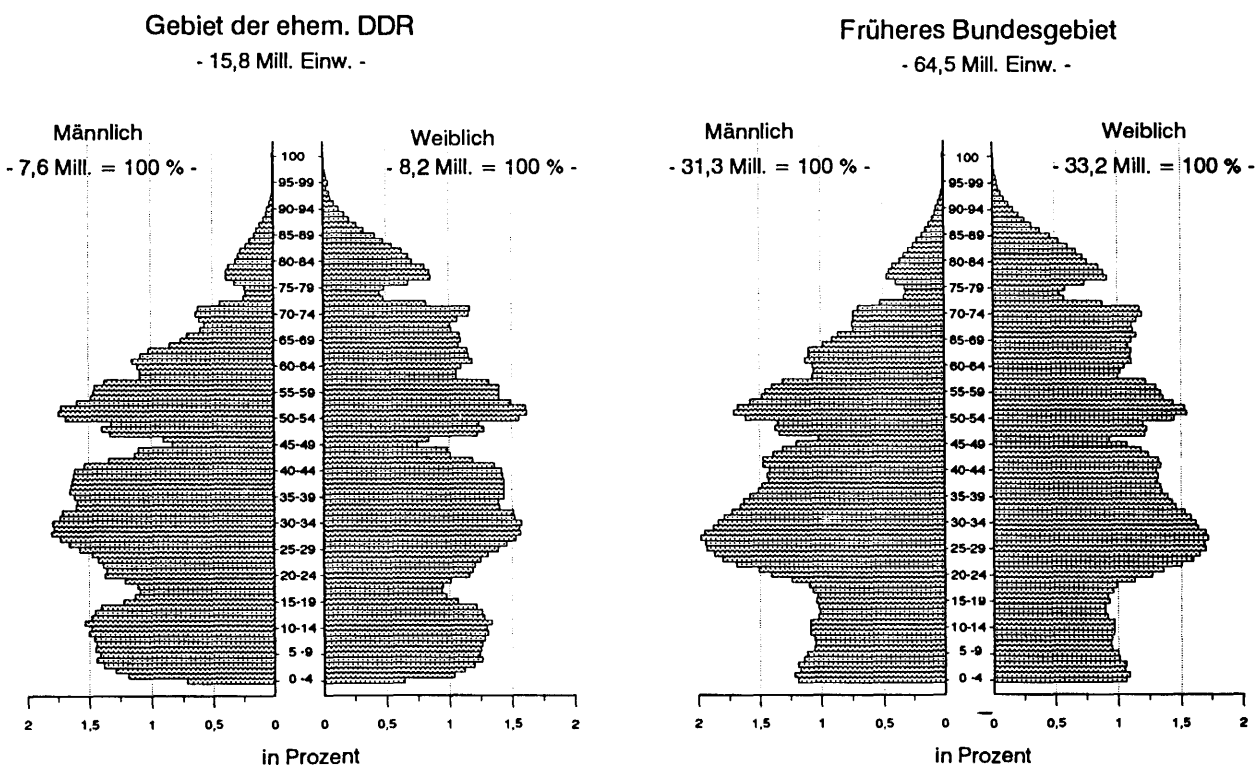
1.2.2.2 Alterung in den neuen und in den alten Bundesländern

Entsprechend den jeweils unterschiedlich oder ähnlich ausgeprägten Einflußfaktoren der natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegung in der

DDR/neue Bundesländer sowie der früheren Bundesrepublik/alte Bundesländer ähnelt bzw. unterscheidet sich auch dort die Altersstruktur. Deutlich wird dies bereits, wenn man den Altersaufbau der Bevölkerung am 01.01.1992 vergleicht (Abbildung 7).

Abbildung 7

Alters- und Geschlechtsstruktur der Wohnbevölkerung in Deutschland am 1. Januar 1992



Quelle: BIB, Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“, 1993, Abbildung 13.

Besonders auffällig sind hier die Unterschiede am Sockel des Altersaufbaus (Altersjahrgänge 4 bis 16) aufgrund des in den letzten zwei Jahrzehnten zu verzeichnenden Geburtenrückgangs, der im Bundesgebiet insgesamt stärker war. An den Altersjahrgängen 0 bis 3 ist der enorme Geburtenrückgang in den neuen Bundesländern nach 1989 abzulesen. Ähn-

lich ist der Altersaufbau insbesondere bei den Einbuhtungen in den Altersjahrgängen 73 bis 77 und 40 bis 44, die aus den Folgen der beiden Weltkriege und den entsprechenden Geburtenausfällen herrühren. Auffällig ist zudem in beiden Altersstrukturen der „Pillenknicke“ (Altersjahrgänge 15 bis 25).

Betrachtet man nun die bisherige Entwicklung des Altenanteils an der Bevölkerung, ergibt sich folgender Verlauf:

Tabelle 17

**Anteil 60jähriger und älterer an der Bevölkerung in der Bundesrepublik/Alte Bundesländer
und der DDR/Neue Bundesländer**
(1950 bis 1991)

am 31. Dezember		Bevölkerung		darunter im Alter von 60 Jahren und älter		davon			
		1 000		%		Männer		Frauen	
		1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%
1950 ...	Deutschland	69 346	10 123	14,6	4 426	43,7	5 697	56,3	
	Bundesgebiet	50 958	7 151	14,0	3 160	44,2	3 990	55,8	
	DDR	18 388	2 972	16,2	1 265	42,6	1 707	57,4	
1970 ...	Deutschland	78 058	15 574	20,0	6 137	39,4	9 437	60,6	
	Bundesgebiet	61 001	11 804	19,4	4 679	39,6	7 125	60,4	
	DDR	17 057	3 770	22,1	1 458	38,7	2 312	61,3	
1991 ...	Deutschland	80 274	16 384	20,4	6 164	7,7	10 220	12,7	
	Alte Bundesländer	64 458	13 356	20,7	5 081	7,9	8 275	12,8	
	Neue Bundesländer	15 790	3 028	19,2	1 083	6,9	1 945	12,3	

Quelle: Statistisches Bundesamt, 1991, 12; BIB 1994.

1.2.2.3 Regionale Alterung

Regionale Unterschiede der Alterung verlaufen gegenwärtig entlang dem siedlungsstrukturellen Gefälle: Ländlich geprägte Regionen sind zumeist „jünger“ als hochverdichtete Regionen, in den Ballungszentren haben die Städte ältere Bevölkerungen als ihr Umland. Neuere Bevölkerungsprognosen (BfLR, 1992/1993) kommen nun allerdings zu dem Ergebnis, daß sich dieses räumliche Muster in den alten Bundesländern bereits in der näheren Zukunft verändern wird: Der Alterungsprozeß der Bevölkerung führt in seinem Kohorteneffekt dazu, daß durch den als „Suburbanisierung“ bezeichneten Prozeß der vergangenen drei Jahrzehnte in den Randlagen der großen Ballungsgebiete in den alten Bundesländern eine beschleunigte Zunahme alter Menschen anzutreffen sein wird. In den neuen Bundesländern findet ebenfalls ein Alterungsprozeß statt, der jedoch nicht durch eine Zunahme der „Alten“, sondern durch die Abnahme der „Jungen“ verursacht wird (vgl. auch Münz/Ulrich, 1994).

Die Landkarte des Altenanteils 1991 (Abbildung 8) zeigt deutlich dessen Zusammenhang mit der Siedlungsstruktur. Die Kernstädte weisen höhere Altenanteile auf als ihr Umland. Daneben sind auch großräumige Gefälle zu beobachten: zwischen Ost (niedrigere Anteile) und West, innerhalb des Ostens zwischen Norden und Süden (höhere Anteile), im Westen ein fast durchgehendes Band von Holstein über Niedersachsen und Hessen nach Rheinland-Pfalz. Schließlich treten die bevorzugten Zielregionen für Altwanderungen hervor: der Alpenrand und die Nordseeküste.

Abbildung 9 zeigt die Veränderung der Zahl der Alten bis zum Jahr 2010. Großräumig zeigt dieser Prozeß der Alterung uneinheitliche Tendenzen: Dünn besiedelte Regionen haben im Westen höhere Zuwachsraten als die hochverdichteten Regionen, deren Altenanteile nur geringfügig zunehmen. Innerhalb der hochverdichteten Regionen findet ein starker kleinräumiger Dekonzentrationsprozeß der Alten statt: Die regionalen Altenanteile in den suburbanen Räumen (hochverdichtete und verdichtete Kreise) steigen zu Lasten des Altenanteils in den Kernstädten. Im Osten bleiben die ländlich geprägten Regionen zwar „jünger“ als die hochverdichteten, aber der Abstand sinkt auch hier.

Der sich öffnenden Schere bei der altersspezifischen Bevölkerungsentwicklung entspricht eine sich schließende Schere bei der Altersstruktur. Es kommt tendenziell zu einer Nivellierung der räumlichen Unterschiede. Man wird in den alten Bundesländern nicht mehr von „alten“ Kernstädten und „jungem“ Umland sprechen können. Bis 2010 wird der Altenanteil im Gegenteil in den Umlandkategorien jeweils höher sein als in den Städten. Die Größenordnung der Alterung läßt sich in etwa folgendermaßen eingrenzen: Von 1980 bis zum Jahr 2030 steigt die Zahl der mindestens 60jährigen und älteren um etwa 75 v. H. Weit unterdurchschnittliche Zuwächse entfallen auf die Kernstädte (etwa 45 v. H.), die stärksten Zuwächse verzeichnet das hochverdichtete Umland (etwa 90 v. H.). Die anderen Raumkategorien entwickeln sich etwa bundesdurchschnittlich (vgl. auch Abschnitt 1.3.1.5).

Abbildung 8

Altenanteil 1991

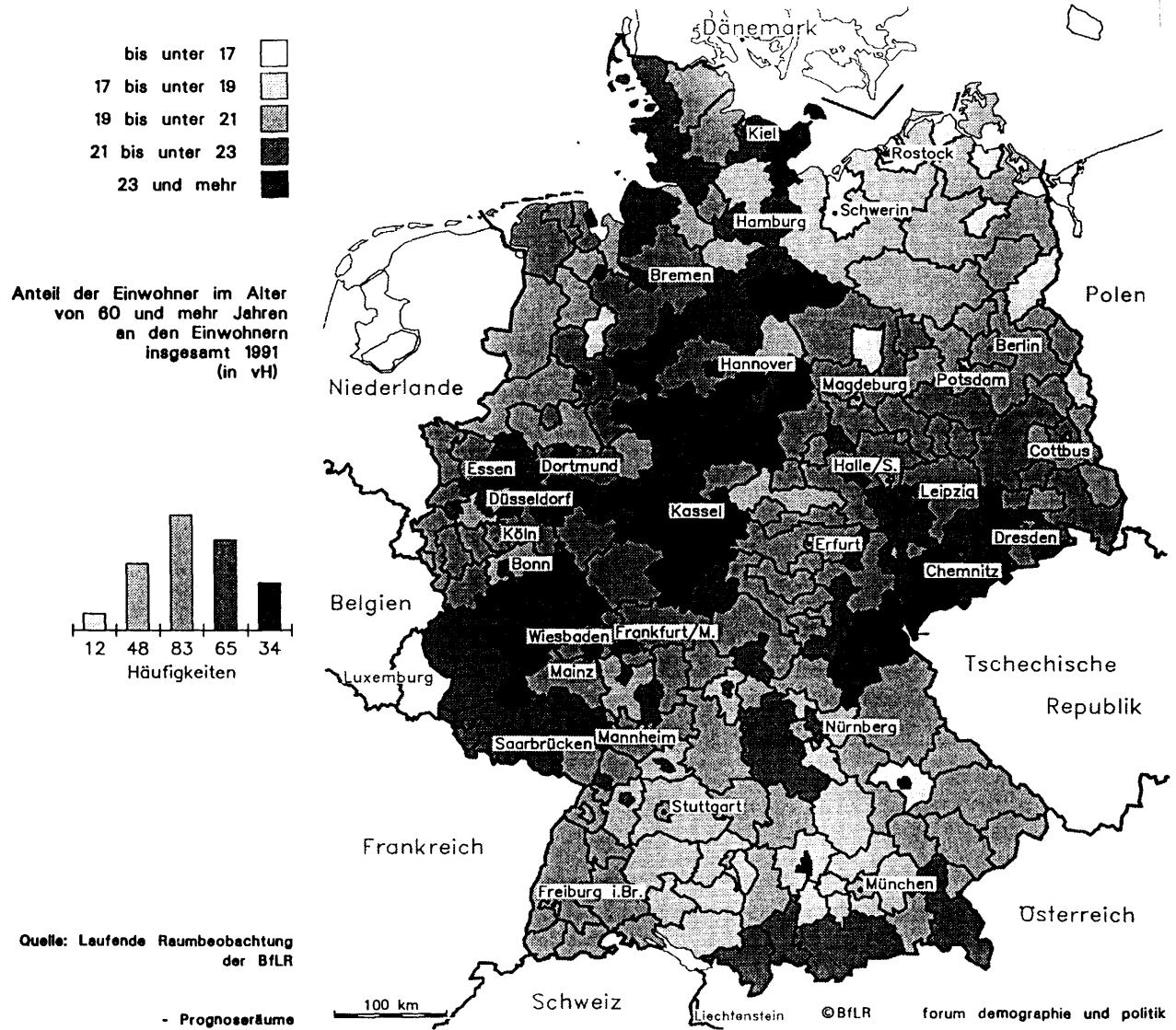
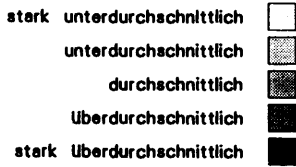


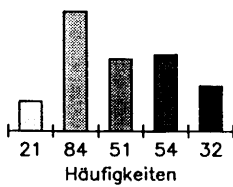
Abbildung 9

Veränderung der Zahl der „Alten“ 1991 bis 2010

Zunahme der Zahl der ab 60jährigen
in der Zeit von 1991 bis 2010

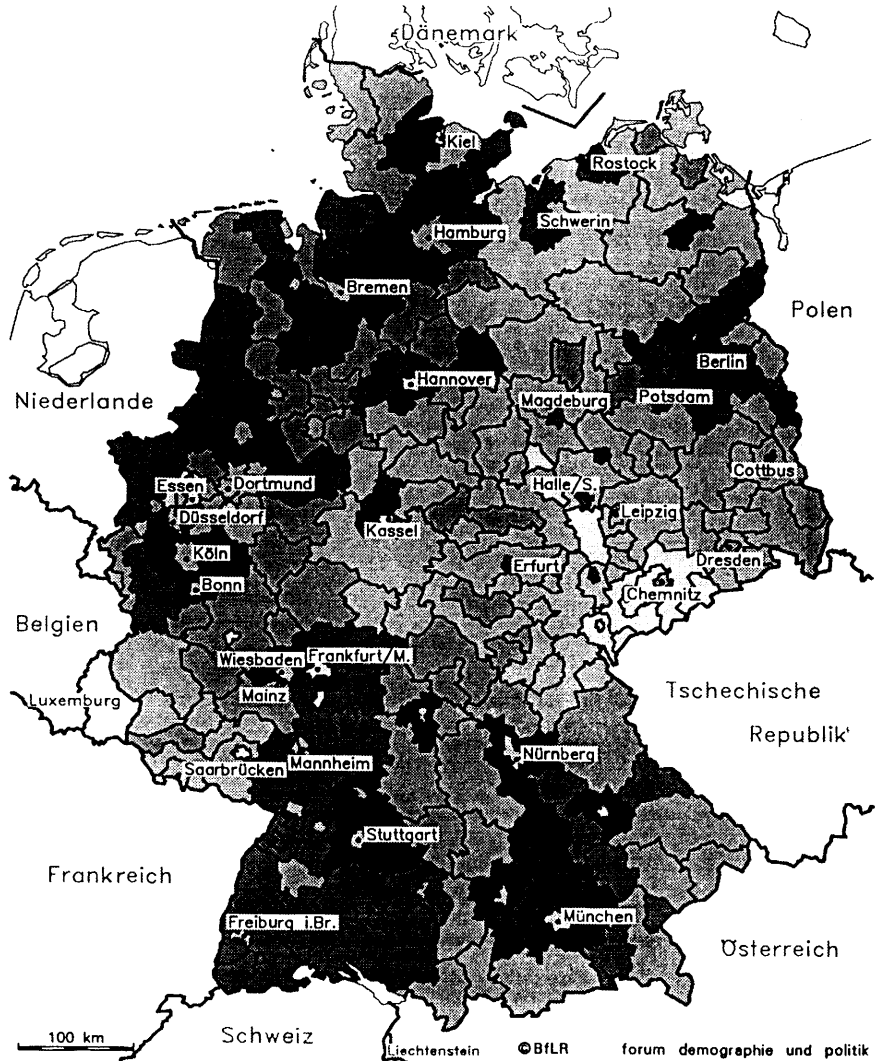


Der Mittelwert für die Bundesrepublik
Deutschland beträgt 30,3 vH



Quelle: BfLR-Bevölkerungsprognose
1991-2010/ROP

- Prognoseräume



1.2.2.4 Der Einfluß von Wanderungen auf den
Alterungsprozeß

Wanderungen können — wie auch die Geburtenentwicklung und die Sterblichkeit — die demographische Alterung entweder verstärken oder abschwächen. Eine Zuwanderung von überwiegend jungen Menschen kann den Alterungsprozeß verlangsamen, eine Zuwanderung von überwiegend älteren und alten Menschen diesen verstärken. Das trifft umgekehrt ebenso für Abwanderungen zu. Entscheidend ist, wie viele von den Zugewanderten und in welcher Altersstruktur auf Dauer oder zumindest für mehrere Jahre im Zuzugsland bleiben.

Aus der DDR zogen seit dem Mauerbau bis Anfang der 80er Jahre überwiegend ältere Menschen fort, vornehmlich in die Bundesrepublik. Der Wanderungsverlust der DDR an Menschen, die 50 Jahre und älter waren, betrug 1965 bis 1979 etwa 183 000; davon waren allein 93,4 v. H. 60 Jahre und älter. Dem stand ein relativ geringer Wanderungsgewinn von rund 27 500 Menschen gegenüber, die jünger als 50 Jahre waren: überwiegend junge Menschen, die zur Berufsausbildung bzw. zum Studium in die DDR kamen. Erst in den 80er Jahren veränderte sich die Altersstruktur zugunsten der Jüngeren, ein Resultat der geänderten Ausreisegenehmigungspraxis der DDR-Behörden. In den Jahren 1980 bis 1988 beruhte der gesamte Wanderungsverlust der DDR (etwa 143 000) zu etwa

73 v. H. auf dem Wegzug von Menschen, die jünger als 50 Jahre waren. Innerhalb dieser war die Gruppe der 25- bis 39jährigen mit rund 40 v. H. am stärksten vertreten. Mit Beginn der Ausreisewelle im Jahre 1989 stieg der Anteil der unter 50jährigen Auswanderer am Wanderungsverlust der DDR auf etwa 93 v. H.

Im Bundesgebiet war in den Jahren 1962 bis 1989 knapp 1 v. H. der zugewanderten Ausländerinnen und Ausländer 65 Jahre und älter. Von den 50- bis 64jährigen Ausländerinnen und Ausländern sind in diesem Zeitraum etwa 39 000 aus der Bundesrepublik ausgewandert. Eine andere Altersstruktur haben die aus dem Ausland zuziehenden Deutschen: Hier kamen die Altersjahrgänge ab 50 im Jahre 1986 auf

zusammen etwa ein Viertel, 1989 auf knapp 16 v. H. (vgl. Tabelle 18: Wanderungen von Ausländern und Deutschen zwischen dem Bundesgebiet und dem Ausland).

Doch auch die günstige Altersstruktur der Zuwanderinnen und Zuwanderer kann den demographischen Alterungsprozeß langfristig nicht aufhalten. Selbst bei jährlich 250 000 Zuwanderinnen und Zuwanderern im Alter von 15 bis 19 Jahren würde die Alterung der Wohnbevölkerung in Deutschland erkennbar fortschreiten (Dinkel/Lebok, 1993, 396). Steinmann konstatiert, daß Zuwanderung einen positiven, jedoch nicht hinreichenden Einfluß auf den demographischen Alterungsprozeß habe (Steinmann, 1993, 14).

Tabelle 18

**Wanderungen von Ausländern und Deutschen zwischen dem früheren Bundesgebiet und dem Ausland
Überschuß der Zu- (+) bzw. Fortzüge (-)
(1986 bis 1989)**

Jahr	Wanderungssaldo:				
	insgesamt	darunter im Alter			
		50 bis 64 Jahre		65 Jahre und älter	
	Anzahl	Anzahl	v. H. ¹⁾	Anzahl	v. H. ¹⁾
Ausländerinnen und Ausländer					
1986	+130 559	- 4 900	(-3,75)	+ 708	0,54
1987	+138 352	- 608	(-0,44)	+ 1 398	1,01
1988	+288 593	+ 8 022	2,78	+ 3 479	1,21
1989	+398 863	+10 216	2,56	+ 4 209	1,05
Deutsche					
1986	+ 29 517	+ 5 178	17,54	+ 2 216	7,51
1987	+ 54 895	+ 8 474	15,44	+ 3 121	5,69
1988	+152 546	+19 230	12,61	+ 6 447	4,23
1989	+265 099	+30 983	11,69	+11 092	4,18

¹⁾ Anteil am Wanderungssaldo insgesamt

Quellen: Statistisches Bundesamt; BIB.

1.2.3 Ältere Ausländerinnen und Ausländer

Die Gruppe der älteren Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland verdient als relativ am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe besondere Beachtung. Von den Ende 1992 insgesamt etwa 6,5 Mio. Ausländerinnen und Ausländern in Deutschland waren knapp 327 000 oder 5,1 v. H. 60 Jahre und älter.

Viele von ihnen werden hierbleiben: Sie wurden hier langfristig ansässig, ihre Kinder wuchsen in Deutschland auf. Der Anteil der älteren Ausländerinnen und Ausländer wird in den kommenden Jahren überproportional zunehmen. Die Gesamtzahl älterer Ausländerinnen und Ausländer wird bis zum Jahr 2010 voraussichtlich auf etwa 1,3 Mio. anwachsen (vgl. auch Tabelle 24).

Tabelle 19

**Ausländerinnen und Ausländer am 31. Dezember 1992
nach Geschlecht, Familienstand und Alter**

Alter von ... bis unter ... Jahren	insgesamt							männlich	weiblich
	insgesamt	ledig		verheiratet		verwitwet/geschieden		insgesamt	insgesamt
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl
unter 5 ...	414 759	414 759	100	—	—	—	—	215 824	198 935
5—10 ...	386 777	386 777	100	—	—	—	—	203 136	183 641
10—15 ...	422 240	422 240	100	—	—	—	—	224 912	187 328
15—20 ...	542 207	502 685	92,7	39 256	7,2	266	0,0	295 762	246 445
20—25 ...	759 631	528 870	69,6	227 874	30,0	2 787	0,4	426 012	333 619
25—30 ...	791 201	397 035	50,2	384 820	48,6	9 346	1,2	476 005	315 196
30—35 ...	645 955	227 243	36,2	401 670	62,2	17 042	2,6	390 260	255 695
35—40 ...	563 262	140 723	25,0	399 896	71,0	22 708	4,0	322 521	240 741
40—45 ...	553 562	122 322	22,1	404 866	73,1	26 374	4,8	299 673	253 889
45—50 ...	465 270	87 401	18,8	358 010	76,5	21 859	4,7	277 321	187 949
50—55 ...	372 771	46 667	12,5	307 657	82,5	18 447	4,9	239 088	133 683
55—60 ...	252 215	23 237	9,2	214 974	86,0	14 604	5,8	165 256	86 959
60—65 ...	143 648	10 838	7,5	120 686	84,0	12 124	8,4	89 873	53 775
65—70 ...	80 974	6 408	8,0	62 281	77,5	11 684	14,5	44 593	35 781
70—75 ...	45 286	3 844	8,5	32 039	70,7	9 403	20,8	23 560	21 726
75 und älter	56 634	5 605	9,9	32 438	57,3	18 591	32,8	26 867	30 767
Insgesamt	6 495 792	3 326 755	51,2	2 983 807	45,9	185 230	2,9	3 719 663	2 776 129

Quelle: Statistisches Bundesamt; zitiert nach: Bericht des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer in Deutschland, 1994, Anhang, Tabelle 3.

Tabelle 20

**Anteil der ausländischen Bevölkerung
an der Gesamtbevölkerung in der Altersgruppe
der über 60jährigen**

(in v. H.)

	1995	2000	2005	2010
männlich	3,5	4,8	6,2	8,1
weiblich	2,0	2,7	3,6	5,0
insgesamt	2,6	3,5	4,7	6,4

Quelle: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD-Fraktion zur Situation ausländischer Rentner (BT-Drucksache 12/5796) vom 29. September 1993.

Bei Betrachtung der Tabelle 21 ist zu erkennen, daß über ein Viertel der am 31.12.1991 in Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländer sich hier bereits 20 Jahre und mehr aufhielt (ca. 1,5 Mio.), weitere etwa 1 Mio. bereits über 15 Jahre.

Diese demographische Entwicklung verweist auf die zukünftige Herausforderung, einen angemessenen Umgang mit den spezifischen Problemlagen der älteren Migrantinnen und Migranten zu entwickeln. Denn neben den im Alter allgemein zu erwartenden Veränderungen der Lebenslage sind bei dieser Bevölkerungsgruppe zusätzliche Integrationserfordernisse zu erwarten, die sich aus anderen kulturellen und ethnischen Erfahrungen ergeben können, wie etwa der Rolle alter Menschen in der Herkunftsgesellschaft, dem mit dem Alter eventuell verbundenen Sozialprestige oder der Einstellung gegenüber institutioneller Altenhilfe (vgl. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung . . . , a. a. O., 96).

Tabelle 21

Aufenthaltsdauer der ausländischen Bevölkerung am 31.12.1991 *)

Ausgewählte Staatsangehörigkeiten	Davon Aufenthaltsdauer von ... bis unter ... Jahren								
	Insgesamt	unter 1	1 bis 4	4 bis 6	6 bis 8	8 bis 10	10 bis 15	15 bis 20	20 und mehr
EG-Staaten ...	1 487 300	72 300	192 500	80 700	56 700	52 600	185 400	242 300	604 800
Türkei	1 779 600	71 100	247 900	116 400	74 700	71 000	415 300	443 200	340 000
ehemaliges Jugoslawien ..	775 100	110 600	92 000	24 400	16 700	18 400	82 500	148 600	281 800
Griechenland .	336 900	17 400	56 700	14 300	8 500	9 500	29 700	53 600	147 200
Spanien	135 200	3 000	6 900	3 600	2 700	2 800	10 300	25 300	80 800
Portugal	93 000	7 500	11 200	4 000	2 100	2 200	11 500	30 200	24 300
Italien	560 100	18 200	57 600	32 900	23 900	22 000	87 000	89 400	229 100
Marokko	75 100	4 500	15 200	8 300	5 500	4 900	15 500	10 000	11 300
Tunesien	27 200	1 200	4 000	2 100	1 700	1 700	5 500	4 900	6 100
Iran	97 900	5 000	26 200	24 000	15 200	3 600	11 900	4 000	7 900
Afghanistan ...	36 409	4 282	15 388	4 587	3 518	2 176	5 577	507	374
Libanon	50 900	3 600	27 400	8 700	4 300	800	4 400	1 100	600
Chile	6 800	300	1 400	600	400	400	1 400	1 600	700
Pakistan	28 200	3 700	9 800	3 500	2 500	700	5 300	1 800	900
Ausländische Wohnbevölkerung insgesamt	5 882 300	511 600	1 128 500	406 900	279 300	220 400	894 400	950 400	1 490 800

Quelle: Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer in Deutschland, 1994, Anhang, Tabelle 6.

*) In Statistiken zur „Aufenthaltsdauer“ der ausländischen Bevölkerung in Deutschland sind zum einen die zugewanderten Ausländerinnen und Ausländer vom Datum ihres Zuzugs an und zum anderen die in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländer nach ihrem Alter enthalten. Deshalb erlauben die Zahlen keinen eindeutigen Rückschluß auf die konkrete Aufenthaltsdauer von Zuwanderinnen und Zuwanderern.

1.3. Varianten der Bevölkerungsentwicklung bis 2030

Die Aufgabe der Kommission ist es, den eingetretenen demographischen Wandel zu analysieren, dessen zukünftige Entwicklung bis zum Jahr 2030 einzuschätzen und Optionen politischer Gestaltung aufzuzeigen, um den Herausforderungen der Bevölkerungsentwicklung begegnen zu können. Langfristige Prognosen sind daher den Einschätzungen künftigen Handlungsbedarfs zugrunde zu legen. Der grundsätzliche Status von zukunftsbezogenen Aussagen in der Bevölkerungswissenschaft ist der von bedingten, also von Wenn-Dann-Aussagen. Über die vorhandene Altersstruktur der bereits lebenden Bevölkerung erhalten demographische Modellrechnungen allerdings einen stabileren Rahmen als Szenarien in den Sozial- oder Wirtschaftswissenschaften. So ist die Müttergeneration der nächsten 20 bis 25 Jahre schon geboren und zahlenmäßig bekannt. Allerdings werden diese Bevölkerungszahlen durch Annahmen zum Geburtenniveau (nachwachsende Generation), zur Sterblichkeit (Seniorinnen und Senioren) und zu den Wanderungen (insbesondere jüngere und mittlere

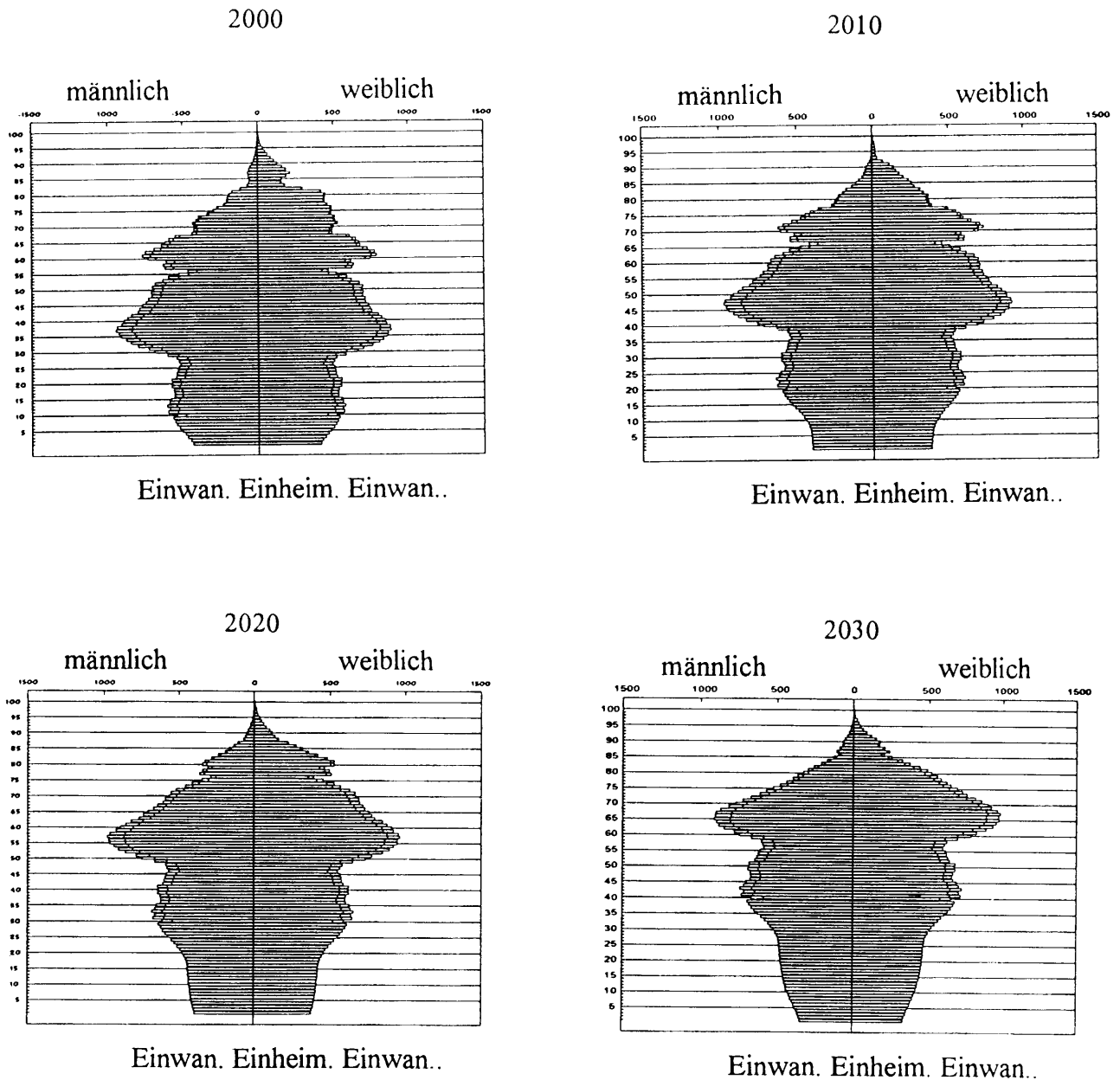
Generation) mehr oder minder stark modifiziert. Auch Bevölkerungsprognosen sind konditionierte Aussagen (auf Annahmen basierend), da das menschliche Verhalten zwar gewisse Regelmäßigkeiten aufweisen kann, jedoch keinen Gesetzmäßigkeiten unterliegt. Daher können die vorgestellten Prognosen zur demographischen Entwicklung lediglich vorstellbare und wahrscheinliche Verläufe darstellen.

1.3.1 Annahmen und Ergebnisse verschiedener Szenarien

1.3.1.1 Entwicklung der Ausgangsbevölkerung bei konstanter Fertilität, Mortalität und ohne Wanderungen (nach Steinmann, 1993)

Die Darstellung der „Nullvariante“ soll als Kontrast zu den vorgestellten Modellrechnungen die Entwicklung — bei unveränderten Geburten- und Sterberaten — zeigen, die eintreten würde, wenn keine Einwanderung zukünftig mehr stattfände.

**Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur
der Wohnbevölkerung Deutschlands bis 2030
bei konstanter Fertilität und Mortalität, ohne weitere Einwanderung**



Quelle: Steinmann, 1993, 33.

Die absolute Größe der Wohnbevölkerung, die relativen Anteile der Hauptaltersgruppen (Jugend, mittlere Jahrgänge, Ältere) sowie das Medianalter (Altersgrenze, welche die Bevölkerung in zwei gleichgroße Altersgruppen teilt, wobei eine Hälfte älter, die andere Hälfte jünger als der Medianwert ist) würden sich folgendermaßen verändern:

Tabelle 22

Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bei unveränderter Fertilität und Mortalität, ohne Einwanderung

Jahr	Wohnbevölkerung in Mio.	Anteil (v.H.) der			
		unter 20jährigen	20- bis 65jährigen	65jährigen und älter	Medianalter
1991	80,3	21,54	64,47	13,99	37,72
1995	79,6	21,62	63,95	14,43	38,73
2000	78,4	21,20	63,77	15,03	40,46
2010	74,2	18,55	63,08	18,37	44,80
2020	68,6	16,84	63,65	19,51	47,87
2030	61,9	16,50	59,40	24,10	48,31

Quelle: Steinmann, 1993.

Während sich die absolute Bevölkerungszahl nach dem Jahr 2000 enorm verringern würde, bliebe der Anteil der mittleren Jahrgänge noch bis 2020 in etwa konstant. Danach müßte aber auch hier mit einem abrupten Sinken des im erwerbsfähigen Alter befindlichen Bevölkerungsteils gerechnet werden. Während die Zahl der Jugendlichen von etwa 24 v. H. auf 16,5 v. H. fiel, stiege der Prozentsatz der 65jährigen und älteren von knapp 14 v. H. auf etwa 24 v. H. Die Relationen hätten sich umgekehrt. Das Medianalter der Bevölkerung würde nach dem Jahr 2000 erheblich zunehmen und hätte sich im Jahr 2030 um über 10 Jahre erhöht.

1.3.1.2 Erste Modellrechnung (Statistisches Bundesamt, August 1993)

Eine im August 1993 erstellte Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes, der die Bevölkerungsstruktur vom 1. Januar 1992 zugrunde liegt, trifft folgende Annahmen: Die derzeit maßgebliche Geburtenhäufigkeit (NRR = 0,65) in den alten Bundesländern bleibt konstant und wird in den neuen Bundes-

ländern bis zum Jahr 1995 erreicht; die Lebenserwartung der Deutschen steigt bis zum Jahr 2000 um zwei Jahre an und bleibt danach konstant; es wird bis zum Jahr 2000 einen Wanderungsgewinn von insgesamt 1,36 Mio. Deutschen geben, wobei die Zuwandernden die Altersstruktur wie im Jahr 1990 aufweisen. Danach wird ein ausgeglichenes Wanderungssaldo der Deutschen erwartet. Die Anzahl der Ermessenseinbürgerungen wird von derzeit 28 000 auf künftig 57 000 jährlich ansteigen, wobei die Altersstruktur der einzubürgernden Personen derjenigen des Jahres 1991 entspricht. Bis 1995 werden 1,23 Mio. Personen nichtdeutscher Herkunft zuwandern und danach jährlich konstant 100 000. Die Sterblichkeitsverhältnisse der ausländischen Bevölkerung bleiben unverändert und ihre NRR von 0,82 im Jahre 1992 sinkt auf 0,75 (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD-Fraktion zur Situation ausländischer Rentner — BT-Drucksache 12/5796 — vom 29. 9. 1993).

Die Bevölkerungsentwicklung seit 1950 würde sich danach in folgender Weise fortsetzen:

Tabelle 23

Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsvorausschätzung für Deutschland (1950 bis 2030)

	1950	1960	1970	1980	1985	1990		
Bevölkerung in Mio.								
ehemalige DDR	18,4	17,2	17,1	16,7	16,6	16,0		
frühere Bundesrepublik	51,0	56,0	61,0	61,7	61,0	63,7		
insgesamt	69,4	73,2	78,1	78,4	77,6	79,8		
65 Jahre und älter in Prozent								
ehemalige DDR	10,6	13,8	15,6	15,7	13,6	13,5		
frühere Bundesrepublik	9,4	10,9	13,3	15,5	15,0	15,3		
insgesamt	9,7	11,6	13,8	15,5	14,7	14,9		

noch Tabelle 23

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Deutsche Bevölkerung in Mio.	74,3	74,4	73,2	71,5	69,5	67,2	64,7	61,9
Ausländische Bevölkerung in Mio.	7,4	8,2	9,0	9,7	10,3	10,9	11,4	11,9
Bevölkerung in Deutschland, insgesamt in Mio.	81,7	82,7	82,2	81,2	79,8	78,1	76,1	73,8
65 Jahre und älter in Prozent								
Deutsche	16,6	17,4	19,8	21,4	21,6	22,7	24,3	27,3
Ausländer	3,2	4,6	6,5	8,6	11,1	13,0	14,9	17,2
insgesamt	15,3	16,1	18,3	19,9	20,2	21,3	22,9	25,7

Quelle: Statistisches Bundesamt; zitiert nach: Bericht der Bundesregierung..., 1994, Anhang, Tabelle 6.

In den Altersgruppen der 60jährigen und älteren ergäbe sich folgende Entwicklung:

Tabelle 24

Bevölkerungsentwicklung nach Nationalität und Altersgruppen für 1993, 2010, 2020, 2030
(in 1 000)

Jahr	Nationalität/ Geschlecht	insgesamt	1993 = 100	davon unter 60	1993 = 100	60 bis unter 70	1993 = 100	70 bis unter 85	1993 = 100	85 und älter	1993 = 100
1993	Deutsche männlich	35 546	100,0	29 454	100,0	3 498	100,0	2 289	100,0	307	100,0
	weiblich	38 689	100,0	28 617	100,0	4 402	100,0	4 745	100,0	92 6	100,0
	insgesamt	74 238	100,0	58 071	100,0	7 900	100,0	7 034	100,0	1 233	100,0
	Ausländer männlich	3 727	100,0	3 547	100,0	133	100,0	43	100,0	4	100,0
	weiblich	3 009	100,0	2 844	100,0	105	100,0	52	100,0	9	100,0
	insgesamt	6 737	100,0	6 391	100,0	238	100,0	95	100,0	14	100,0
2010	Deutsche männlich	34 727	97,7	26 578	90,2	3 958	113,2	3 839	187,7	351	114,3
	weiblich	36 747	95,0	25 715	89,9	4 382	99,5	5 417	114,2	1 233	133,2
	insgesamt	71 474	96,3	52 294	90,1	8 340	105,6	9 256	131,6	1 584	128,5
	Ausländer männlich	5 257	141,0	4 536	127,9	455	342,1	250	583,6	16	385,9
	weiblich	4 438	147,4	3 851	135,4	356	339,1	202	389,4	29	303,2
	insgesamt	9 695	143,9	8 388	131,2	812	340,6	452	477,3	45	323,2
2020	Deutsche männlich	32 651	91,8	23 853	81,0	4 510	128,9	3 786	165,4	502	163,4
	weiblich	34 583	89,3	23 055	80,6	4 903	111,4	5 333	112,4	1 272	137,4
	insgesamt	67 213	90,5	48 908	80,8	9 413	119,1	9 119	129,6	1 774	143,9
	Ausländer männlich	5 857	157,1	4 805	135,5	550	413,4	448	1 047,7	54	1 229,5
	weiblich	5 077	168,7	4 138	145,5	479	455,4	396	764,7	64	681,9
	insgesamt	10 934	162,3	8 943	139,9	1 029	431,9	844	892,3	118	858,5
2030	Deutsche männlich	29 995	84,4	20 148	68,4	5 240	149,8	4 001	174,7	605	197,1
	weiblich	31 935	82,5	19 373	67,7	5 678	129,0	5 405	113,9	1 478	159,7
	insgesamt	61 930	83,4	39 522	68,1	10 918	136,2	9 406	133,7	2 083	169,0
	Ausländer männlich	6 270	168,2	4 760	134,2	822	617,4	570	1 332,7	118	2 677,3
	weiblich	5 584	185,5	4 235	148,9	645	613,7	575	1 111,0	129	1 372,3
	insgesamt	11 854	176,0	8 995	140,8	1 467	615,8	1 146	1 211,5	247	1 788,4

Quelle: Statistisches Bundesamt, August 1993, zitiert in: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD-Fraktion zur Situation ausländischer Rentner (BT-Drucksache 12/5796) vom 29. September 1993.

1.3.1.3 Zweite Modellrechnung (Birg/Flöthmann, August 1993)

Ebenfalls im August 1993 legten Birg und Flöthmann, Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik an der Universität Bielefeld, neue Bevölkerungsprojektionen für das wiedervereinigte Deutschland bis zum Jahr 2100 vor (vgl. Birg/Flöthmann, 1993 a). Hier interessiert der Zeitraum bis 2030. Die vorliegenden Projektionen und Simulationen der Bevölkerungsentwicklung im vereinten Deutschland wurden für die alten und neuen Bundesländer getrennt errechnet. Aus der Summe der für die neuen und alten Bundesländer getrennt errechneten Einzelergebnisse ergibt sich die Bevölkerungszahl für das gesamte Bundesgebiet. Bis sich die demographisch relevanten Verhaltensweisen (Fertilität, Mortalität, Lebenserwartung und Wanderungen) in den alten und neuen Bundesländern angeglichen haben, also für mindestens 10 bis 20 Jahre, erachten die Autoren dieses Vorgehen für notwendig.

Die Bevölkerungsprojektionen von Birg und Flöthmann wurden in verschiedenen Varianten erstellt. Es

wird im folgenden die Standardvariante beschrieben, die im Hinblick auf die Vergangenheitswerte am wahrscheinlichsten erscheint. Ihr liegen folgende Annahmen zu Grunde:

Die zusammengefaßte Geburtenrate steigt in den alten Bundesländern von 1990 bis 2010 von 1,38 auf 1,45 an, in den neuen Bundesländern von 0,79 im Jahre 1991 auf 1,45 im Jahr 2010. Es wird also von einer Angleichung der zusammengefaßten Geburtenrate in beiden Teilen Deutschlands innerhalb der nächsten 16 Jahre ausgegangen. Es wird ein leichter Sterblichkeitsrückgang in den alten Bundesländern bis zum Jahr 2005 angenommen; die neuen Bundesländer werden die Sterbewahrscheinlichkeit der alten Bundesländer erreichen. Das Wanderungssaldo in den alten Bundesländern wird von 1990 (580 000) bis 1995 auf 254 000 abnehmen; die neuen Bundesländer werden bis 1995 ihren Wanderungsverlust gebremst haben, bis 2010 ein ausgeglichenes Wanderungssaldo aufweisen und von 2011 an ein jährliches Wanderungssaldo von 10 000 verzeichnen.

Danach ergeben sich folgende Bevölkerungsgrößen:

Tabelle 25

Entwicklung der Bevölkerungszahl Deutschlands bis 2030 — in Mio. —

Basis	alte Bundesländer 31. 12. 1990	neue Bundesländer 31. 12. 1990	insgesamt 31. 12. 1990	ohne Wanderungen 31. 12. 1990
Zieljahr	2030	2030	2030	2030
1990	63,8	16,0	79,8	79,8
2000	66,5	15,0	81,5	78,4
2010	66,5	14,4	81,0	74,8
2020	65,7	13,4	79,1	69,7
2030	64,1	12,0	76,1	63,5

Quelle: Birg/Flöthmann, 1993 b.

Die wesentlichen Konsequenzen der Bevölkerungsentwicklung in den alten und neuen Bundesländern fassen Birg und Flöthmann folgendermaßen zusammen:

Die Bevölkerungszahl Deutschlands steigt vorübergehend bis 2001 an, schrumpft aber langfristig stetig. Für die Konstanz der Bevölkerungszahl wären langfristig immer größere Zuwanderungen aus dem Ausland erforderlich. Die Bevölkerungsschrumpfung ist in den neuen Bundesländern wesentlich intensiver als in den alten.

Die Abnahme der Bevölkerungszahl ist mit einer demographischen Alterung verbunden. Der Altenquotient (Zahl der über 65jährigen auf 100 Menschen im Alter von 15 bis 64) verdoppelt sich von 23 auf 46 und mehr. Durch die Zuwanderungen Jüngerer aus dem Ausland wird der Anstieg des Altenquotienten nur unwesentlich abgeschwächt, aber nicht aufgehalten.

Ohne Wanderungen würde das Arbeitskräftepotential ab sofort um mehr als 200 000 Personen je Jahr

abnehmen. Die Schrumpfung nähme in den kommenden Jahrzehnten zu.

Durch die Zuzüge aus dem Ausland steigt der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Wohnbevölkerung auch bei Änderung des gegenwärtigen Staatsangehörigkeitsrechts stark an. Bei Fortdauer des jetzigen Staatsangehörigkeitsrechts würde der Anteil der Deutschen in bestimmten Verdichtungsräumen schon in wenigen Jahrzehnten unter 50 v. H. sinken.

Die hypothetischen, für eine Konstanz der Bevölkerungszahl erforderlichen Wanderungssalden steigen stetig an: auf über 100 000 jährlich für die neuen Bundesländer und auf über 400 000 jährlich für die alten Bundesländer.

Als wesentliches Merkmal der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bezeichnen Birg und Flöthmann ihre Internationalisierung: Ohne Zuwanderungen betrüge in der Dekade 1990 bis 2000 das Geburtendefizit in Deutschland jährlich 141 500. In den ersten drei Dekaden des 21. Jahrhunderts würde es kontinuierlich zunehmen, und zwar auf 362 200 in der ersten,

auf 501 400 in der zweiten und auf 623 500 in der dritten Dekade. Die dieser Modellrechnung zugrunde gelegte Annahme — ohne Wanderungen — ist zwar unrealistisch, aber sie verdeutlicht einen wichtigen Sachverhalt: Die Bundesrepublik Deutschland ist nach der Phase des Geburtenrückgangs (Halbierung der Geburtenzahl zwischen 1965 und 1975) in die Phase des Bevölkerungsrückgangs eingetreten. Diese demographische Schrumpfung hat eine weitgehend unbeeinflussbare Eigendynamik: Die Nichtgeborenen können keine Kinder zur Welt bringen, so daß die Zahl der Geburten — die späteren potentiellen Eltern — selbst dann weitersinkt, falls die Kinderzahl je Frau wieder zunehmen sollte, wofür es keinerlei Anzeichen oder Gründe gibt (vgl. Abschnitt 1.1.1.1).

Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland hängt daher, so Birg und Flöthmann weiter, immer weniger vom demographisch relevanten Verhalten der Inländer ab, sondern immer mehr von der Zahl der Zugezogenen aus dem Ausland: Bereits in den 70er Jahren war die Zahl der aus dem Ausland Zugezogenen häufig größer als die Zahl der im Inland Geborenen (vgl. Abschnitt 1.1.2.1.1). Die demographischen Konsequenzen dieser Tatsache würden revolutionäre Folgen für die Funktion und Identität der deutschen Gesellschaft nach sich ziehen. Die Bundesrepublik Deutschland sei de facto seit über 20 Jahren ein Einwanderungsland, ohne Einwanderungspolitik und ohne eine Integrationspolitik für die Eingewanderten.

**1.3.1.4 Dritte Modellrechnung
(Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung,
Juli 1993)**

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung verweist in seinen aktuellen Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung (DIW, 1993) in Deutschland vom Juli 1993 auf die mit der Vereinigung Deutschlands und

den politischen Entwicklungen in den osteuropäischen Ländern erheblich veränderten Rahmenbedingungen, die sich vor allem auf die Höhe der Zuwanderung nach Deutschland auswirken.

Den Unsicherheiten über die künftige wirtschaftliche und politische Lage insbesondere Osteuropas wurde durch zwei Varianten der Wanderungsentwicklung Rechnung getragen. Im Szenario I wird angenommen, daß das Wanderungssaldo bis 1996 auf 280 000 sinkt, in dieser Höhe bis 2000 verbleibt, von 2001 bis 2010 dann 190 000 beträgt. Von 2011 bis 2040 wird eine jährliche Nettozuwanderung in Höhe von 110 000 angenommen. Im Szenario II sinkt das Wanderungssaldo auf 430 000 im Jahr 1996, von 2001 an beträgt danach die Nettozuwanderung 260 000, von 2010 an noch 170 000.

Die Lebenserwartung wird nach dieser Modellrechnung in den alten Bundesländern weiterhin steigen, jedoch mit geringeren Raten als in der Vergangenheit: Bis zum Jahr 2010 wird danach die Lebenserwartung im Durchschnitt um drei Jahre höher sein als heute, danach konstant. In den neuen Bundesländern wird eine allmähliche Angleichung an die westdeutsche Entwicklung erwartet: Im Jahr 2010 wird die Lebenserwartung nur noch geringfügig unter der in den alten Bundesländern liegen.

Die zusammengefaßte Geburtenrate wird danach in den alten Bundesländern konstant bei 1,3 liegen (Wert für die Geburtsjahrgangskohorte 1973). Die Geburtenhäufigkeit ausländischer Frauen wird bis zum Jahr 2000 auf 1,6 sinken und danach konstant bleiben. In den neuen Bundesländern wird sich das Geburtenverhalten nur allmählich dem westdeutschen Niveau anpassen: Erst für den Geburtsjahrgang 1985 der Mütter wird mit einer zusammengefaßten Geburtenrate von 1,3 in den neuen und den alten Bundesländern gerechnet.

Danach ergäbe sich folgende Entwicklung:

Tabelle 26

**Bevölkerungsentwicklung in Deutschland nach Altersgruppen
(unter 20, 20 bis unter 60, 60 bis unter 80, 80 und älter) bis 2010**
— in Mio. —

	alte Bundesländer				neue Bundesländer				Deutschland			
	Altersgruppen											
	unter 20	20 bis unter 60	60 bis unter 80	80 und älter	unter 20	20 bis unter 60	60 bis unter 80	80 und älter	unter 20	20 bis unter 60	60 bis unter 80	80 und älter
Szenario I												
1991 ..	13,4	37,7	13,4	2,5	3,9	8,9	3,0	0,6	17,3	46,6	16,4	3,1
2000 ..	14,8	37,7	15,7	2,3	3,1	8,5	3,5	0,4	17,9	46,3	19,3	3,8
2010 ..	14,1	37,2	17,5	3,2	2,4	8,8	3,8	0,6	16,4	45,9	21,3	3,8
Szenario II												
1991 ..	13,4	37,7	13,4	2,5	3,9	8,9	3,0	0,6	17,3	46,6	16,4	3,1
2000 ..	15,2	38,8	15,9	2,3	2,3	8,4	3,5	0,4	18,2	47,1	19,4	2,8
2010 ..	14,7	38,8	17,8	3,3	2,3	8,5	3,8	0,6	16,9	47,3	21,6	3,9

Quelle: DIW, 1993, 402.

Tabelle 27

**Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2040
Szenario I und (II)**

— in Mio. —

Jahr	alte Bundesländer	neue Bundesländer	Deutschland
1991	64,5 (64,5)	15,8 (15,8)	80,3 (80,3)
2000	68,3 (69,8)	15,2 (14,9)	83,4 (84,8)
2010	68,8 (71,3)	15,0 (14,6)	83,7 (85,9)
2020	67,1 (70,3)	14,5 (14,1)	81,6 (84,4)
2030	64,1 (68,0)	13,4 (13,1)	77,5 (80,5)
2040	61,1 (65,6)	12,3 (12,0)	73,4 (77,5)

Quelle: DIW, 1993, 402-403.

Die Bevölkerungszahl Deutschlands wird diesen Annahmen zufolge bis zum Jahr 2010 bei moderaten Zuwanderungen auf 83,7 Mio. und bei höheren Zuzügen auf 85,9 Mio. ansteigen. Nach dem Jahr 2010 nimmt die Einwohnerzahl Deutschlands in beiden Szenarien ab: Im Szenario I werden im Jahr 2020 etwa genauso viele Personen in Deutschland leben wie 1991 und 2040 nur noch gut 73 Mio. Im Szenario II wird im Jahr 2040 die Bevölkerungszahl von 1991 unterschritten sein. Obwohl vornehmlich jüngere Personen nach Deutschland einwandern werden, können die Wanderungen Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung lediglich abschwächen, nicht jedoch aufhalten. Der Anteil der 60jährigen und älteren Personen wird bis 2040 in den neuen Bundesländern von 19 v. H. (1991) auf gut 37 v. H. und in den alten Bundesländern von knapp 21 v. H. (1991) auf rund 33 v. H. steigen. Der häufig als Indikator für die Belastung der mittleren Jahrgänge mit Abgaben für die nicht mehr Erwerbstätigen verwendete Altenquotient (Zahl der 60jährigen und älteren bezogen auf die Zahl der 20- bis unter 60jährigen) wird danach von 35 v. H. 1991 über 46 v. H. im Jahr 2010 auf fast 70 v. H. im Jahr 2040 steigen. Er wird sich also auch bei den hier angenommenen höheren Zuwanderungen in den nächsten 50 Jahren verdoppeln.

Die Entwicklung in den neuen und alten Bundesländern verläuft dabei entgegengesetzt. Im Jahre 2010 werden nach dem Szenario I in den alten Bundesländern 68,8 Mio., in den neuen Bundesländern 15 Mio. Personen leben. Im Szenario II fallen die Entwicklungsunterschiede angesichts der unterstellten ungünstigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen noch deutlicher aus: 71,5 Mio. Einwohnern in den alten Bundesländern stünden 14,6 Mio. Einwohner in den neuen Bundesländern gegenüber. Das bedeutet im Vergleich zu dem Bevölkerungsstand von 1991 eine Zunahme von 4,3 bzw. 6,8 Mio. in den alten Bundesländern und eine Abnahme in den neuen Bundesländern um 0,8 bzw. 1,2 Mio. Auch die Altersstruktur in den alten und neuen Bundesländern wird sich wanderungsbedingt sowie als Folge der unterschiedlichen Fertilität und Mortalität verschieben. Nach dem Szenario I würde die Gruppe der unter 20jährigen im Jahre 2010 in den neuen Bundesländern um 1,5 Mio. geringer sein als 1991. Dies ent-

spricht einem Rückgang von fast 40 v. H. Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (20- bis 60jährige) wird in den neuen Bundesländern bis zur Jahrtausendwende deutlich zurückgehen, danach jedoch bis 2010 durch Zuzüge aus dem Ausland wieder bis auf 100 000 kompensiert werden. Der Ausländeranteil würde entsprechend stark steigen, auf 5 v. H. im Jahre 2010. Die Zahl der 60jährigen und älteren Personen wird bis 2010 um 0,8 Mio. zunehmen. Da hauptsächlich Jüngere von den neuen in die alten Bundesländern abwandern, wird trotz der ursprünglich relativ jungen Altersstruktur in den neuen Bundesländern eine rasche Alterung der Bevölkerung einsetzen: Der Anteil der über 60jährigen lag 1991 mit etwa 19 v. H. unter demjenigen in den alten Bundesländern (21 v. H.); im Jahr 2000 wird er aber mit 23,5 v. H. den westdeutschen Wert übertroffen haben; im Jahr 2010 ergibt sich nahezu ein Gleichstand (25,5 v. H.).

Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter würde sich in den alten Bundesländern bis zum Jahr 2010 im Szenario I um 0,5 Mio. bzw. gut 1 v. H. verringern. Eine höhere Zuwanderungszahl unterstellt, ist bis zum Jahr 2010 mit keiner Verringerung der Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter zu rechnen.

Die Zahl der 60jährigen und älteren wird danach in den alten Bundesländern deutlich zunehmen: von 13,4 Mio. (1991) auf 17,5 Mio. (2010). Damit würde jeder vierte Einwohner in den alten Bundesländern und voraussichtlich auch in den neuen Bundesländern (3,8 Mio.) dieser Altersgruppe angehören. Die Zahl der Hochbetagten wird nach diesen Szenarien im Jahr 2010 um 0,7 Mio. höher sein als 1991 und damit einen Anteil von fast 5 v. H. der Bevölkerung erreichen.

**1.3.1.5 Regionale Bevölkerungsvorausschätzung
(Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und
Raumordnung, März 1993)**

Die Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung legte im März 1993 ihre „Regionale Bevölkerungsprognose 2000“ vor, die bislang einzige regionalisierte, das gesamte Bundesgebiet erfassende Bevölkerungsprognose. Differenzierte Ergebnisse für die 97 Raumordnungsregionen liegen bis zum Jahr 2000 vor; in einem Ausblick werden zusätzlich drei Szenarien bis zum Jahr 2020 erstellt.

Die BfLR geht von einer bis zum Jahr 2000 steigenden Lebenserwartung aus: In den alten Bundesländern auf 74 Jahre bei Männern und 81 Jahre bei Frauen, in den neuen Bundesländern auf 72,6 Jahre bei Männern und 79,2 Jahre bei Frauen. Die zusammengefaßte Geburtenrate wird in den alten Bundesländern konstant bei 1,4 verharren, während in den neuen Bundesländern der abrupte Geburtenausfall bis zum Jahr 2000 noch nicht wieder aufgeholt sein wird (TFR: 1,0). Hinsichtlich der Wanderungen erwartet die BfLR bis zum Jahr 2000 ein Saldo von etwa 4,3 Mio. in den alten Bundesländern und einen Verlust von 300 000 in den neuen Bundesländern. Nach dem Jahr 2000 werden im Szenario I Wanderungsgewinne von 150 000 Personen jährlich angenommen, im Szenario II von

350 000 Personen jährlich; im Szenario III finden überhaupt keine Außenwanderungen statt.

Danach ergäben sich folgende Entwicklungen: Die Bevölkerung wird nach diesen Annahmen bis zum Jahr 2000 auf über 83 Mio. zunehmen und danach im Szenario I bis zum Jahr 2020 auf gut 79 Mio. abnehmen; im Szenario II setzt der Bevölkerungsrückgang erst von 2010 an ein. Im Vergleich neue und alte Bundesländer ist eine gegenläufige Entwicklung feststellbar: Bis zum Jahr 2000 wird die Bevölkerung in

den neuen Bundesländern um fast 7 v. H. abnehmen, in den alten Bundesländern um 9 v. H. zunehmen. Die Abnahme der Bevölkerung in den neuen Bundesländern ist zu gleichen Teilen Resultat der Binnenwanderungen (-0,9 Mio.) und der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Sterbeüberschüsse von ca. 1 Mio.). Nach dem Jahr 2000 würden sich die Bevölkerungsgewinne und -verluste wegen der kompensierenden Wirkung der Außenwanderungen, die nun auch die neuen Bundesländer vermehrt erreichen, allmählich angleichen.

Tabelle 28

Langfrist-Szenarien (1990 bis 2020) altersstruktureller Veränderungen
(Anteile der Altersgruppen in v. H.)

Jahr	Altersgruppe	Außenzuzüge		
		Szenario I gering	Szenario II stark	Szenario III keine
1990	unter 20jährige	21,6	21,6	21,5
	20 bis unter 60jährige	58,0	58,0	57,9
	ab 60jährige	20,4	20,4	20,6
2000	unter 20jährige	21,4	21,4	20,8
	20 bis unter 60jährige	55,4	55,4	54,8
	ab 60jährige	23,3	23,2	24,5
2010	unter 20jährige	19,0	19,2	18,1
	20 bis unter 60jährige	55,9	56,2	54,8
	ab 60jährige	25,1	24,6	27,1
2020	unter 20jährige	17,7	18,0	16,5
	20 bis unter 60jährige	54,1	54,9	52,5
	ab 60jährige	28,2	27,1	31,0

Quelle: BfLR-Bevölkerungsprognose 1989 bis 2020; in: Bucher u. a., 1992, 858.

Die Zahl der Personen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren, das demographische Erwerbspersonenpotential, nimmt nur in den neuen Bundesländern leicht ab und führt hier zu einer leichten Entlastung des Arbeitsmarktes; in den alten Bundesländern nimmt dagegen diese Altersgruppe zu: Bis Mitte der 90er Jahre bereits um ca. 2 Mio. Relativ noch stärker nimmt hier die für die Wohnungsnachfrage bedeutsame Gruppe der 20- bis 45jährigen zu.

Der Prozeß der Alterung der Bevölkerung ist ein stabiler Trend, der auch durch die nach 1989 aufgetretenen Strukturbrüche kaum beeinflusst wurde. Er läuft mit einer regional unterschiedlichen Entwicklungsdynamik ab (vgl. Abbildungen 8 und 9).

Die Zahl der mindestens 60jährigen in Deutschland wird von 1990 an bis zum Jahr 2000 um etwa 3 Mio. steigen von etwa 16,3 auf etwa 19,3 Mio. (vgl. Bucher u. a., 1993). Die Zunahme konzentriert sich dabei auf die Altersgruppe der „jungen Alten“, während die Zahl der über 75jährigen in den 90er Jahren vorübergehend abnimmt.

Dünn besiedelte Regionen altern stärker als die hochverdichteten Regionen. Innerhalb der hochverdichteten Regionen findet ein starker kleinräumiger Dekonzentrationsprozeß statt. In den Kernstädten mit bisher hohen Altenanteilen sind die Zuwachsraten weniger als halb so hoch wie im Umland.

Tabelle 29

Eckdaten zur regionalen Alterung

Raumbezug	Altenanteil		Relativer Zuwachs der Altenzahl in v. H.
	1989	2000	
Regionen mit großen Verdichtungsräumen			
— Kernstädte	21,5	23,1	13
— Hochverdichtete Kreise	19,5	23,3	28
— Verdichtete Kreise	20,4	24,0	24
— Ländliche Kreise	19,3	23,6	23
Regionen mit großen Verdichtungsräumen	20,6	23,3	20
Regionen mit Verdichtungsansätzen	20,2	23,1	20
Ländlich geprägte Regionen	19,8	23,3	21
Bund	20,3	23,3	20

Quelle: BfLR-Bevölkerungsprognose 1989 bis 2000; in: Bucher u. a., 1992, 854.

In den südlichen Ballungsgebieten Rhein-Main, Mittlerer Neckar, München und Mittelfranken wird trotz hoher Zuwächse der Altenzahlen der Altenanteil unterdurchschnittlich bleiben, da hier auch weiterhin hohe Zuzugsraten jüngerer Personen zu verzeichnen sein werden. In den neuen Bundesländern führen die Wanderungsverluste bei den jungen Erwerbspersonen und der Fertilitätsrückgang zu einer relativen Alterung.

1.3.2 Synopse

Tabelle 30

Vergleich der Ergebnisse der Modellrechnungen zur Entwicklung der Wohnbevölkerung Deutschlands bis 2030

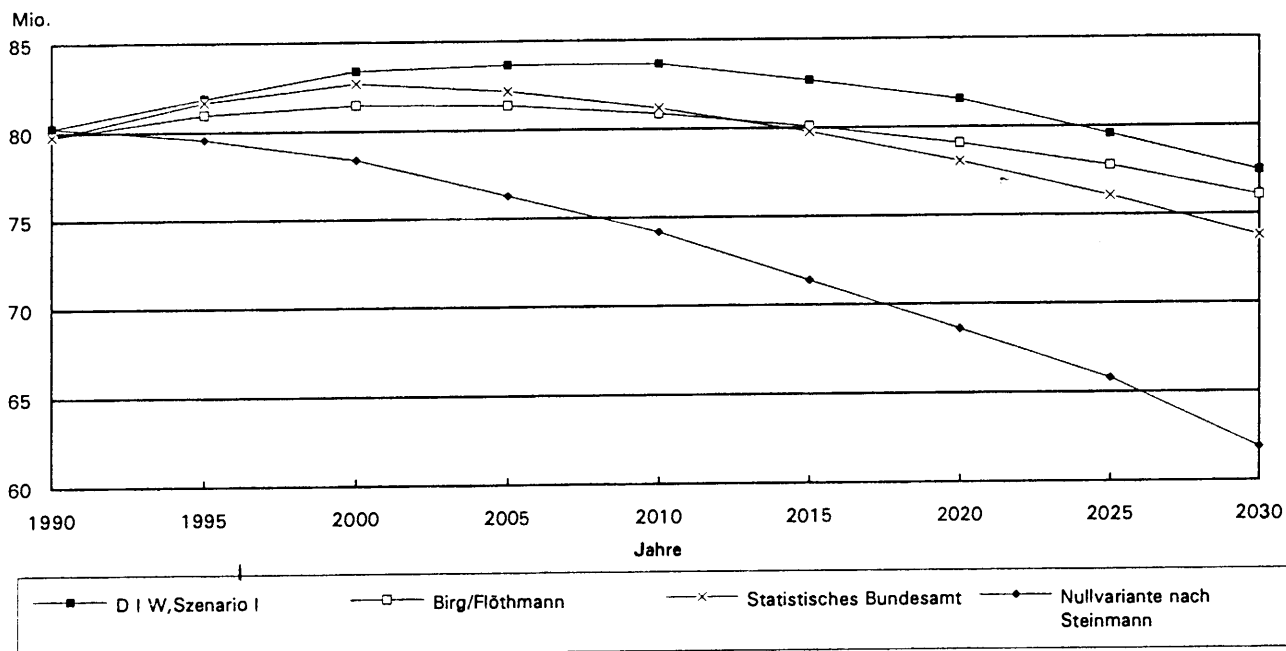
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Statistisches Bundesamt (August 1993)	79,8	81,7	82,7	82,2	81,2	79,8	78,1	76,1	73,8
Birg/Flöthmann 1993 (August 1993)	79,8	81,0	81,5	81,4	80,9	80,1	79,1	77,8	76,1
Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Szenario I (Juli 1993)	80,3 ¹⁾	81,9	83,4	83,7	83,7	82,7	81,6	79,6	77,5
Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (März 1993)	79,1 ²⁾	81,9	83,1	—	—	—	—	—	—
Nullvariante nach Steinmann (Dezember 1993)	80,3 ¹⁾	79,6	78,4	76,3	74,2	71,4	68,6	65,8	61,9

¹⁾ 1991

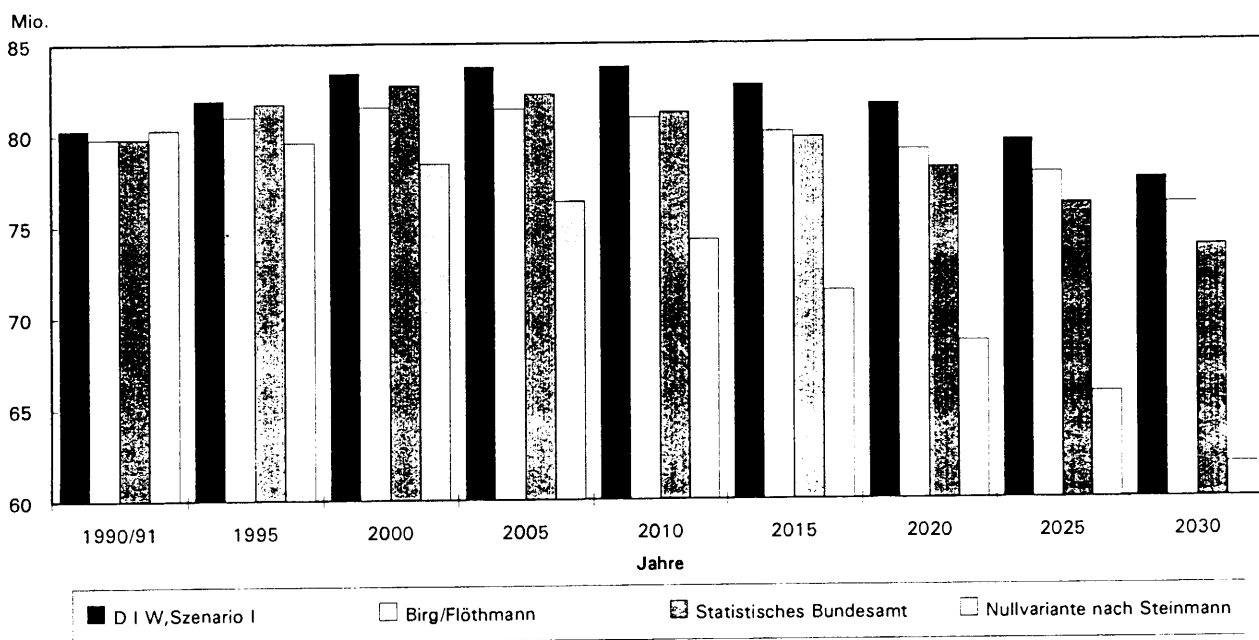
²⁾ 1989

Abbildung 11

Entwicklung der Wohnbevölkerung Deutschlands bis zum Jahr 2030



Quelle: Deutscher Bundestag, Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, 1994, eigene Darstellung.



Quelle: Deutscher Bundestag, Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, 1994, eigene Darstellung.

Literaturverzeichnis

- Antwort der Bundesregierung (1993)** auf die Große Anfrage der SPD-Fraktion zur Situation ausländischer Rentner (BT-Drucksache 12/5796) vom 29. 9. 1993.
- Antwort der Bundesregierung (1994)** auf die große Anfrage der Abgeordneten . . . sowie der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur Situation der Jugend in Deutschland (BT-Drucksache 12/6836) vom 16. 2. 1994.
- Bericht der Beauftragten der Bundesregierung (1994)** für die Belange der Ausländer über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland 1993, Bonn 1994.
- Bericht der Regierung der Bundesrepublik Deutschland (1994)** für die Internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994, hrsg. vom Bundesministerium des Innern, Bonn 1994.
- Birg, Herwig (1993 a):** Entwicklung der Familienstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Belastungs- bzw. Transferquotienten zwischen den Generationen; Studienbericht im Auftrag der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, Bielefeld 1993.
- Birg, Herwig (1993 b):** Demographische Wirkungen politischen Handelns; in: Hans-Ulrich Klose (Hrsg.): Altern hat Zukunft, Opladen 1993.
- Birg, Herwig/Flöthmann, Ernst-Joachim (1993 a):** Analyse und Prognose der Fertilitätsentwicklung in den alten und neuen Bundesländern, Bielefeld 1993.
- Birg, Herwig/Flöthmann, Ernst-Joachim (1993 b):** Bevölkerungsprojektionen für das vereinigte Deutschland bis zum Jahr 2100, Bielefeld 1993.
- Birg, Herwig/Filip, Dieter/Flöthmann, Ernst-Joachim (1990):** Paritätsspezifische Kohortenanalyse des generativen Verhaltens in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg, Bielefeld.
- Bolte, Karl Martin/Kappe, Detlef/Schmid, Josef (1980):** Bevölkerung. Statistik, Theorie, Geschichte und Politik des Bevölkerungsprozesses, Opladen.
- Bomsdorf, Eckart (1993—94):** Zur zukünftigen Entwicklung von Mortalität und Lebenserwartung der Geburtsjahrgänge 1903 bis 1993; in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 19, Heft 1/1993—94.
- Bucher, Hansjörg (1993):** Die Außenwanderungsbeziehungen der Bundesrepublik Deutschland; in: Raumforschung und Raumordnung, Heft 5/1993.
- Bucher, Hansjörg (1994):** Die räumliche Dimension der Alterung, Bonn 1994 (Veröffentlichung in Vorbereitung).
- Bucher, Hansjörg/Gatzweiler, Hans-Peter (1993):** Räumliche Auswirkungen und raumordnerische Konsequenzen der zukünftigen regionalen Bevölkerungsentwicklung — Thesen zur Diskussion; in: Informationen zur Raumentwicklung, Heft 12/1993.
- Bucher, Hansjörg u. a. (1992):** Regionale Bevölkerungsprognose 2000 der BfLR; in: Informationen zur Raumentwicklung, Heft 11/12 /1992.
- Bucher, Hansjörg u. a. (1993):** Regionale Bevölkerungsprognose der BfLR, Bonn 1993.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (1993):** Forschungsbericht „Die Alten der Zukunft“ — Bevölkerungsspezifische Datenanalyse, Wiesbaden 1993.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (1993):** Erster Altenbericht, Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland, Bonn 1993.
- Cromm, Jürgen (1988):** Bevölkerung — Individuum — Gesellschaft. Theorien und soziale Dimensionen der Fortpflanzung, Opladen.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (1993):** Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis zum Jahr 2010 mit Ausblick auf 2040; in: DIW Wochenbericht 29/93, Berlin, 22. Juli 1993.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (1994):** Wanderungen von Ost- nach Westdeutschland; in: DIW-Wochenbericht 9/94, Berlin, 3. März 1994.
- Dinkel, Reiner (1992):** Demographische Alterung: Ein Überblick unter besonderer Berücksichtigung der Mortalitätsentwicklungen; in: Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, hrsg. von Paul B. Baltes und Jürgen Mittelstraß, Berlin/New York 1992.
- Dinkel, Reiner /Lebok, Uwe (1993):** Könnten durch Zuwanderung die Alterung der Bevölkerung und die daraus resultierenden Zusatzlasten der Sozialen Sicherung aufgehoben oder abgemildert werden?; in: Deutsche Rentenversicherung, 1993, S. 388 ff.
- Dorbritz, Jürgen (1992):** Nuptialität, Fertilität und familiäre Lebensformen in der sozialen Transformation — Übergang zu einer neuen Bevölkerungsweise in Ostdeutschland?; in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 18, Heft 2/1992.
- Elkeles, Thomas/Mielck, Andreas (1993):** Soziale und gesundheitliche Ungleichheit, Berlin 1993 (Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik — Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 93—208).
- Europa 2000 (1993):** Ausblick auf die Entwicklung des Gemeinschaftsraumes; Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (BT-Drucksache 12/4640 vom 26. 3. 93).
- Friedrich, Klaus u. a. (1994):** Intraregionale und interregionale Muster und Prinzipien der Mobilität älterer Menschen, Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, Darmstadt 1994.

- Gärtner, Karla (1990):** Sterblichkeit nach Familienstand; in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 16, Heft 1/1990.
- Häder, Michael (1991):** Denken und Handeln in der Krise. Die DDR nach der „Wende“: Ergebnisse einer empirisch-soziologischen Studie, Berlin 1991.
- Höhn, Charlotte (1993—94):** Das Übergewicht der Alten — ein Wohlstandsphänomen; in: Weltbevölkerung und Entwicklung, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen, Bonn 1993—94.
- Höhn, Charlotte/Schulz, Reiner (1992):** Sozialdemographische Entwicklungen und gesellschaftliche Differenzierung; in: Glatzer, Wolfgang (Hrsg.), Entwicklungstendenzen der Sozialstruktur, Frankfurt/New York 1992.
- Hof, Bernd (1993 a):** Bevölkerungsentwicklung, Zuwanderung, Arbeitsmarkt — Zukunftsszenarien über die 12 EG-Staaten; in: Hans-Ulrich Klose (Hrsg.), Der Alte Kontinent (Forum demographie und politik, Heft 4), Okt. 1993.
- Hof, Bernd (1993 b):** Europa im Zeichen der Migration, Köln 1993.
- Hoffmann-Nowotny, Hans Joachim (1991):** Weltbevölkerung und Weltmigration — Eine zukunftsorientierte Analyse; in: Schweizerisches Institut für Auslandsforschung, Das Flüchtlingsproblem — Eine Zeitbombe? Chur 1991.
- Hullen, Gerd/Schulz, Reiner (1993—94):** Bericht 1993 zur demographischen Lage in Deutschland; in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 19, Heft 1/1993—94.
- Janich, Helmut (1991):** Die regionale Mobilität älterer Menschen; in: Informationen zur Raumentwicklung 3/4 1991.
- Klein, Thomas (1993):** Soziale Determinanten der Lebenserwartung; in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 45, Heft 4/1993.
- Lehr, Ursula (1991):** Hundertjährige — ein Beitrag zur Langlebigkeitsforschung; in: Zeitschrift für Gerontologie, 24, 1991.
- Münz, Rainer/Ulrich, Ralf (1994):** Was wird aus den Neuen Bundesländern? Demographische Prognosen für ausgewählte Regionen und für Ostdeutschland; in: Demographie aktuell, 3, Berlin 1994.
- Naegele, Gerhard (1991):** Anmerkungen zur These vom „Strukturwandel des Alters“ aus sozialpolitischer Sicht; in: Sozialer Fortschritt, 6/7 1991.
- Olbermann, Elke/Reichert, Monika (1993):** Hochaltrigkeit und Strukturen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung; in: Gerhard Naegele und Hans Peter Tews (Hrsg): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters, Opladen 1993.
- Paul, Christine (1992):** Sterblichkeit im regionalen Vergleich; in: Wirtschaft und Statistik, 2/1992.
- Pohl, Katharina/Störtzbach, Bernd/Wendt, Hartmut (1992):** Die demographische Lage in Deutschland und in der Europäischen Gemeinschaft; in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 18, Heft 1/1992.
- Raumordnungsbericht 1993;** Unterrichtung durch die Bundesregierung (BT-Drucksache 12/6921 vom 28. 2. 94).
- Reinicke, Peter (1994):** Darstellung ausgewählter Problembereiche und sozialer Hilfsangebote in Rußland; in: Nachrichten des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 3/1994, S. 94 ff.
- Rürup, Bert/Sesselmeier, Werner (1993):** Die demographische Entwicklung Deutschlands; in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 44/93, vom 29. Oktober 1993, S. 1—15.
- Sommer, Bettina (1992):** Entwicklung der Bevölkerung bis 2030 — Ergebnis der siebten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung; in: Wirtschaft und Statistik, 4/1992.
- Statistisches Bundesamt (1991 a):** Im Blickpunkt Ältere Menschen, Wiesbaden 1991.
- Statistisches Bundesamt (1991 b):** Allgemeine Sterbetafel 1986/88 (Fachserie 1, Reihe 1. S. 2), Wiesbaden 1991.
- Statistisches Bundesamt (1993 a):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit (Fachserie 1, Reihe 3 Haushalte und Familien 1991 — Ergebnisse des Mikrozensus), Wiesbaden 1993.
- Statistisches Bundesamt (1993 b):** Sonderreihe mit Beiträgen für das Gebiet der ehemaligen DDR, Heft 3: Bevölkerungsstatistische Übersichten 1946 bis 1989, Wiesbaden 1993.
- Statistisches Bundesamt (1993 c):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit (Fachserie 1, Reihe 2 Ausländer 1991), Wiesbaden 1993.
- Statistisches Bundesamt (1993 d):** Zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in den neuen Bundesländern, Wiesbaden, November 1993.
- Statistisches Bundesamt (1993 e):** Modellrechnung zur Entwicklung der Wohnbevölkerung in Deutschland, Wiesbaden 1993.
- Steinmann, Gunter (1993):** Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Einwanderung, Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, Halle-Wittenberg, November 1993.
- Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats** beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (1994): Migration und Entwicklungszusammenarbeit, Bonn, Januar 1994.
- United Nations (1992):** World population Prospects 1992, New York.
- Voit, Helmut (1993):** Haushalte und Familien — Ergebnisse des Mikrozensus April 1991; in: Wirtschaft und Statistik, 3/1993.

2 Familie und soziales Umfeld

2.0 Vorbemerkung

Dieser Themenbereich beschäftigt sich mit den demographisch bedingten Veränderungen der Familienstrukturen und den Wechselwirkungen zwischen Familien und ihrem sozialen Umfeld. Allgemein gesagt umfaßt das soziale Umfeld der Familien verschiedene gesellschaftliche Bereiche, beispielsweise die Nachbarschaft, den Freundeskreis, verschiedene soziale öffentliche und private Einrichtungen, die Wohnumgebung, deren Infrastruktur, aber auch Arbeits-, Medien-, Sport-, Kultur-, Bildungsangebote und vieles mehr. Zwischen Familien und dem sozialen Umfeld bestehen verschiedenste Beziehungen. Diese differenziert zu beschreiben, ist im Rahmen dieses Berichts und unter dessen inhaltlicher Schwerpunktsetzung nicht möglich und auch nicht gewollt. Vielmehr geht es darum, anhand bestimmter Beispiele, Veränderungen in den wechselseitigen Beeinflussungen und Abhängigkeiten von Familien und ihrem sozialen Umfeld, die sich durch den demographischen Wandel ergeben, aufzuzeigen (wobei wir zugeben müssen, daß wir ganz generell recht wenig über die Wechselwirkungen zwischen dem sozialen Umfeld und den Familien wissen). Veränderungen in den Familienstrukturen und -beziehungen haben z. B. Auswirkungen auf den Bedarf an Betreuungs-, Beratungs-, Bildungs- und Freizeitangeboten von Familien aber auch auf das Potential an Arbeitskräften und umgekehrt. Schwerpunktmäßig wird daher in diesem Themenbereich nach einigen einleitenden Bemerkungen zum Familienverständnis der Kommission (2.1), auf heutige und zukünftige Veränderungen in den Familienstrukturen (2.2) und Generationenbeziehungen (2.4) eingegangen. In Abschnitt 2.3 geht es um die Probleme der Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbstätigkeit. Bei Abschnitt 2.5 werden dann die Auswirkungen der Veränderungen der Familienstrukturen und -beziehungen auf die außerfamilialen Hilfe- und Unterstützungspotentiale diskutiert. Abschließend werden die Anforderungen an eine zukünftige Politik formuliert (2.6). Soweit es durch die begrenzt zur Verfügung gestandene Zeit und den mengenmäßigen Umfang des Themenbereichs möglich war, wurde versucht, Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern deutlich zu machen.

2.1 Familienbegriff

Die Kommission geht von einem Familienbegriff aus, der Familie nicht als ein statisches Gebilde begreift, sondern als eine Lebensform von Generationen und Geschlechtern, deren Gestalt sich im Lebenslauf immer wieder verändert. Familie umfaßt daher sowohl

das Zusammenleben und das getrennte Leben von Eltern mit kleinen, heranwachsenden und erwachsenen Kindern als auch von Erwachsenen mit ihren älteren und hochbetagten Eltern sowie Enkelkindern mit ihren Großeltern. Es beinhaltet ebenfalls die Beziehungen der Geschwister und der Eltern untereinander. Die Familie, in die man hineingeboren wird, ist auch in der Regel anders strukturiert als jene, aus der heraus man stirbt.

Dieses weit gefaßte Familienverständnis ermöglicht es, Familie nicht nur in jungen Jahren, sondern auch mit zunehmendem Alter als eine soziale Gemeinschaft zu betrachten, die durch ein weites und wechselseitiges Netz emotionaler Beziehungen und materieller wie immaterieller Leistungen geprägt ist. Diese zu erbringen, hängt sowohl von den kulturellen Vorstellungen und Werthaltungen als auch von den sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab.

Vielfach werden in der Politik, wenn über die Familie gesprochen wird, deren gesellschaftlich als wichtig erachteten Hilfe- und Unterstützungsfunktionen in den Mittelpunkt des Interesses gestellt. Zwar wird auch im Rahmen dieses Berichts auf die heute schon absehbaren Veränderungen in den zukünftigen Hilfe- und Unterstützungsleistungen eingegangen. Der Kommission ist es jedoch wichtig zu betonen, daß familiäre Beziehungen und Leistungen weit über konkrete Hilfe- und Unterstützungsleistungen hinausgehen und vielseitiger sind, als sie oft in der Öffentlichkeit wahrgenommen und diskutiert werden. Familie als Ort der personalen Entfaltung, als Gemeinschaft, die identitätsstiftend und stabilisierend wirkt, in der Emotionalität gelebt werden kann und in der auch die Regeneration des Arbeitsvermögens ermöglicht wird. All dies sind familiäre Leistungen, deren Bedeutung oft unterschätzt und wenig anerkannt wird. Familien sollten daher in der Politik, in der Wirtschaft und im öffentlichen Leben nicht nur im Hinblick auf Funktionen, die sie für die Gesellschaft erfüllen, betrachtet werden. Für eine stärkere gesellschaftliche Wertschätzung von Familien ist es wichtig anzuerkennen, daß Familie für den einzelnen an sich schon einen Lebenswert darstellt, unabhängig von der Nützlichkeit für die Gesellschaft. Anders gesagt: Familien sind ein Fundament der Gesellschaft als bedeutsames soziales Netz oder als enger Personenbezug, völlig jenseits der Leistungen, die sie erbringen und die ansonsten professionell und entlohnt zu organisieren wären. Familien können aber die vielfältigen emotionalen, materiellen und immateriellen Leistungen nur erbringen, wenn sie zum einen nicht durch institutionelle oder bürokratische Regelungen daran gehindert werden und, zum anderen, wenn sie auf differenzierte Weise von verschiedensten Institutionen Unterstützung erhalten.

2.2 Familienstrukturen

2.2.1 Mögliche Ursachen des Wandels der Familienstrukturen

Die im Kapitel 1 „Demographischer Wandel: Die Daten und ihre Entwicklung bis 2030“ aufgezeigten demographischen Trends belegen, daß Ehe und Familie in einem strukturellen Wandel begriffen sind: Zurückgehende Geburtenzahlen, sinkende Heiratsneigung und die Verschiebung des Zeitpunktes der Eheschließung in ein höheres Alter einerseits und steigende Scheidungs- und Trennungszahlen (insbesondere auch nach relativ langer Ehedauer) mit der Folge einer starken Zunahme der Anzahl der Alleinlebenden und Alleinerziehenden andererseits, sind allgemein bekannte Auswirkungen (genaueres hierzu in Abschnitt 2.2.2). Sie führen seit Jahren in der politischen und wissenschaftlichen Diskussion zu einer intensiven Auseinandersetzung mit der veränderten Situation der Familie.

Diese Diskussion bekam eine neue Aktualität, als zunehmend erkannt wurde, daß der demographische Wandel in allen Phasen des Familienzyklus und damit auch in späteren Phasen des Familienlebens zu erheblichen Veränderungen führt. Neue Konstellationen im Verhältnis der Familienmitglieder untereinander sowie im zeitlichen Zusammenleben der Geschlechter und Generationen sind zu verzeichnen. Zum ersten Mal in der Geschichte der Menschheit haben heute vier bis fünf Generationen die Möglichkeit, am Leben der jeweils anderen teilzunehmen. Doch stehen gleichfalls immer weniger Kindern und Enkeln mehr Großeltern gegenüber. Damit gehen z. B. in den Familien, in denen es keine Enkel mehr gibt, Veränderungen in den familialen Rollen älterer Menschen einher. Zukünftig werden immer mehr Menschen im Laufe ihres Lebens keine Großeltern sein. Für sie fallen damit familiäre Kontakte und Hilfeleistungen aus. Die Zunahme der Lebenserwartung hat desweiteren Auswirkungen auf das Zusammenleben der Partner, nachdem die Kinder das Elternhaus verlassen haben. Auch durch rückläufige Kinderzahlen und die Konzentration auf weniger Geburten gewinnt die Phase der „nachelterlichen Gefährtschaft“ mehr an Bedeutung. Hinzu kommt, daß eine steigende Zahl von Scheidungen im höheren Alter zu verzeichnen ist, mit gleichfalls zunehmender Bereitschaft, neue nicht-eheliche Partnerschaften einzugehen (wenn auch noch quantitativ eher gering). Es läßt sich folglich eine Pluralisierung und Singularisierung der Lebensformen über den gesamten Lebenslauf erkennen, die zunehmend auch die späteren Lebensphasen einschließt, mit Ausnahme der hochaltrigen Lebensphase. Diese ist überwiegend durch Alleineleben gekennzeichnet. Die möglichen Ursachen dieses Wandels in den familialen Lebensformen werden nun in der Wissenschaft recht unterschiedlich zu erklären versucht und führen zu unterschiedlichen Bewertungen der Situation der Familie (wobei nachfolgend beispielhaft nur einzelne Erklärungsansätze angeführt werden).

Autoren, die einen **wertbezogenen Ansatz** vertreten, sprechen in diesem Zusammenhang von einem Zerfall

der Kernfamilie (Hoffmann-Nowotny, 1988) und machen dafür insbesondere den Werte- und Normenwandel bzw. deren abnehmende Verbindlichkeit verantwortlich. Die Bindungskraft fester Weltbilder und Pflichtwerte nehme ab zugunsten einer steigenden Chance der individuellen Lebensplanung. Begleitet werde dieser Prozeß von der Aufwertung individualistischer Werte wie Selbstverwirklichung, Selbstbestimmung und Autonomie (Klages, 1984). Dieser Werte- und Normenwandel habe zum einen mehr individuelle Wahlfreiheiten ermöglicht, gleichzeitig aber auch zu mehr Orientierungslosigkeit geführt. Zunehmende Selbstbezogenheit, zunehmender Egoismus und der Verlust an Gemeinschaft werden konstatiert und in diesem Zusammenhang auch von der Isolation alter Menschen und deren Abschiebung in Heime gesprochen. Als Kernaussage dieses eher pessimistischen Ansatzes läßt sich festhalten, daß ein Zerfall tradierter Lebens- und Beziehungsformen angenommen wird, ohne daß gleichwertige neue Beziehungen an deren Stelle treten.

Vertreter eines **postmodernen Ansatzes** sehen in den Veränderungen familialer Lebensformen eher eine notwendige Folge „naturwüchsiger Modernisierungsprozesse“ von industrialisierten Gesellschaften (Beck, 1986). Insbesondere die Emanzipationsbewegung und die Studentenbewegung hätten dazu beigetragen, daß traditionelle Rollenzuschreibungen zunehmend kritisch hinterfragt, aufgebrochen und damit die einzelnen aus traditionellen Bindungen herausgelöst wurden. Auch die Vorstellung von prinzipieller Gleichberechtigung von Mann und Frau, die Bildungsexpansion und in deren Folge die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und Müttern, trugen wesentlich zu dieser Entwicklung bei. Aufgrund zunehmender sozialstruktureller Differenzierungen verlor damit ehemals vorherrschende Verhaltensmuster ihre Entlastungs- und Steuerungsfunktion. Einerseits verringerten sich dadurch traditionelle Konflikte, andererseits würden aber auch die Entscheidungs- und Gestaltungsnotwendigkeiten zunehmen, die ihrerseits zu neuen Konflikten und Ungleichheiten führen. In den ehelichen und außerehelichen Beziehungen würden sich daher heute Konflikte gerade an aufbrechenden Wahlmöglichkeiten bzw. neuen Wahlzwingen und veränderten Rollenerwartungen entzünden. Der Modernisierungsprozeß wird für unumkehrbar gehalten und die Zunahme eines lebensphasenspezifischen Hin und Her zwischen verschiedenen familialen und außerfamilialen Lebensformen prognostiziert. Verschiedene familiäre und außerfamiliale Lebensformen werden weiterhin nebeneinander existieren.

Strukturfunktionalistische Ansätze beschreiben den Strukturwandel familialer Lebensformen hingegen als einen Prozeß der zunehmenden gesellschaftlichen Differenzierung in funktional gegliederte Teilsysteme, der eben auch nicht vor dem „Teilsystem Familie“ halt mache. Ehen gründe man heute überwiegend kinderorientiert, was nicht gegen die Institution Familie, aber gegen die Institution Ehe spreche. Zugespißt formuliert, gelten in diesem Sinne nicht-eheliche Lebensgemeinschaften als partnerschaftszentriert und Singles als individualistisch orientiert (Meyer, 1993). Diese differenzierteren Familienstruk-

turen seien zumindest potentiell besser mit den funktionalen Anforderungen einer zunehmend komplexer werdenden Gesellschaft bzw. eines gleichfalls komplexer werdenden Arbeitsmarktes vereinbar. So kommen Vertreter dieses strukturfunktionalistischen Ansatzes zu dem Ergebnis, daß es sich bei den eingetretenen Veränderungen nicht um einen Funktionsverlust der Familie handele, sondern um einen Funktionswandel der Familie in einer sich wandelnden Gesellschaft. Mit Hilfe eines erweiterten Familienbegriffs, der die sozialen Netzwerke von Familien in die Betrachtungen mit einbezieht, wird eher von einem Fortbestehen stabiler und funktionierender Netzwerke gesprochen, auch wenn sich diese in ihrer räumlichen Struktur gegenüber früheren Zeiten verändert und erweitert haben. „Intimität auf Abstand“ und „Vertikalisierung der Familienstrukturen“ sind Beispiele für diese Veränderungen. Den Vertretern der These vom Werteverlust wird entgegengehalten, daß trotz zunehmender Individualisierung eine sehr hohe Zahl alter und insbesondere hochbetagter alter Menschen heute noch in den Familien gepflegt und betreut werden. Die Beziehungen zwischen erwachsenen Kindern und ihren alten Eltern sind auch heute noch sowohl durch Pflichtgefühl als auch durch Zuneigung gekennzeichnet (Bengston/Schütze, 1992). Von einem allgemeinen Werte- und Normenverlust könne also nicht die Rede sein. Vielmehr seien die Wahlmöglichkeiten und die vorstellbaren Lebensentwürfe sowohl regional als auch in den verschiedenen Milieus sehr unterschiedlich. Werden in die Betrachtungen die Netzwerke von Familien einbezogen, führt dies zu einer anderen Bewertung der Situation der Familie. Nicht ihr Untergang wird gesehen, sondern ihre gewandelte Gestalt im Kontext einer sich wandelnden Gesellschaft.

Zusammenfassend läßt sich — sehr verkürzt — feststellen, daß sich sowohl für eine eher pessimistische als auch für eine eher optimistische Bewertung des Wandels der Familienstrukturen und der Situation der Familie Argumente anführen lassen. Dies mag damit zusammenhängen, daß in den verschiedenen Betrachtungen unterschiedliche Familienphasen für die Argumentation herausgegriffen werden. Spricht man von einem Zerfall der Familie, richtet sich der Blick im wesentlichen auf die zunehmende Zahl der Ehescheidungen, spricht man hingegen eher von dem Fortbestehen der Familie, wird auf die überwiegend innerfamiliär erbrachten Hilfe- und Unterstützungsleistungen verwiesen. Festzuhalten bleibt, daß ein komplexes und vernetztes Wirkungsgefüge der verschiedenen genannten Ursachen (in Wechselwirkung mit den noch zu beschreibenden Auswirkungen in Abschnitt 2.2.2) für den Wandel in den Familienstrukturen angenommen wird.

Für die Enquete-Kommission stand die Klärung verschiedener Fragen im Mittelpunkt der Arbeit: Wie werden sich in der Zukunft beispielsweise die Familienstrukturen gestalten? Welche familialen und außerfamilialen Lebensformen wird es geben? Welche von ihnen werden quantitativ und qualitativ neue Akzente setzen und welche Aufgaben werden von ihnen wie wahrgenommen? Denn bisher steht soviel fest: Die Veränderungen in den Familienstrukturen, Verwandtschaftssystemen und -beziehungen werden

möglicherweise die Fragen nach der Verteilung individueller und kollektiver Verantwortung neu aufwerfen. Präzise prognostische Aussagen, die für bestimmte Zeitintervalle gelten, sind zu diesen Fragen schwierig, wenn nicht gar unmöglich, zumindest, wenn es sich um qualitative Aussagen handelt. Daher müssen seriöse Aussagen hierzu zunächst zurückliegende und heutige Trends untersuchen, um hieraus mögliche zukünftige abzuleiten. Insofern ist zunächst eine genauere Darstellung der verschiedenen familialen und außerfamilialen Lebensformen nötig.

2.2.2 Auswirkungen des Wandels der Familienstrukturen auf verschiedene Lebensformen

2.2.2.1 Eheliche Lebensgemeinschaften

Nach Angaben der amtlichen Statistik ist die **Heiratsneigung seit 1950** in der Bundesrepublik bzw. den alten Bundesländern und in der DDR bzw. in den neuen Bundesländern **rückläufig** und hat sich seit Mitte der 70er Jahre auf einem vergleichsweise niedrigeren Niveau stabilisiert (vgl. Tabelle 31). Die geburtenstarken Jahrgänge führten in den letzten Jahren wieder zu einer leichten Zunahme der Heiratszahlen.

Wurde in den 60er Jahren bis Ende der 70er Jahre von den Frauen und Männern noch deutlich früher geheiratet, so hat sich das durchschnittliche Heiratsalter seither um mehrere Jahre erhöht. In der öffentlichen Diskussion werden die zurückgehenden Heiratsziffern und das gestiegene Heiratsalter zumeist nur negativ thematisiert. Diese Veränderungen sind jedoch nicht nur als individuelle Entscheidung zu sehen, sondern vollziehen sich innerhalb des sozio-demographischen Wandels der Gesellschaft. Bei diesen Veränderungen handelt es sich nicht um eine geradlinige Entwicklung, sondern es sind kohorten-, geschlechts- und bildungsspezifische Effekte zu erkennen. Gerade anhand sozio-demographischer Merkmale wie z. B. Geschlecht und Bildung wird deutlich, daß sich das Heiratsverhalten in Abhängigkeit vom Schulabschluß und der Länge der Ausbildungsphase verändert. Nicht nur — aber insbesondere Frauen und Männer mit höheren Bildungsabschlüssen — verschieben die Heirat in ein höheres Alter oder heiraten gar nicht. Längere voreheliche Partnerschaften, ökonomische Sicherheit und der Wunsch, nach der längeren Ausbildungsphase das erworbene Wissen umzusetzen und sich beruflich zu etablieren, sind in den alten Bundesländern als wesentliche Gründe zu nennen, die das Heiratsverhalten beeinflusst haben (Tölke, 1991).

Insbesondere bei Frauen ist vom Ende der 70er Jahre an eine Verlängerung der Erwerbsphase vor der Heirat festzustellen. Dieser Trend könnte sich mit einer weiteren Anhebung des Bildungsniveaus fortsetzen. Es wäre wichtig wissenschaftlich eingehender zu untersuchen, ob sich dahinter — insbesondere für Frauen — auch antizipierte Rollenkonflikte bezüglich des weiblichen Lebensweges verbergen, auch um zukünftige Entwicklungen besser abschätzen zu können.

Tabelle 31

Eheschließungen und Ehelösungen von 1950—1991

Jahr	Eheschließungen	Ehelösungen insgesamt	Darunter Ehelösungen		Saldo der Eheschließungen und Ehelösungen	Anteil der Ehescheidungen an den Ehelösungen
			durch Ehescheidung	durch Tod eines Ehepartners		
Anzahl						%
Deutschland						
1950	750 452	468 945	134 600	332 744	+281 507	28,7
1955	617 228	436 534	74 013	361 938	+180 694	17,0
1960	689 028	474 407	73 418	400 542	+214 621	15,5
1965	621 130	507 083	85 304	421 468	+114 047	16,8
1970	575 233	549 406	103 927	445 288	+ 25 827	18,9
1975	528 811	587 545	148 461	438 981	- 58 734	25,3
1980	496 603	551 859	141 016	410 714	- 55 256	25,6
1985	496 175	565 953	179 364	386 445	- 69 778	31,7
1986	509 320	554 980	174 882	379 960	- 45 660	31,5
1987	523 847	552 209	180 490	371 559	- 28 362	32,7
1988	534 903	547 120	178 109	368 843	- 12 217	32,6
1989	529 597	543 138	176 691	366 281	- 13 541	32,5
1990	516 388	527 134	154 786	372 176	- 10 746	29,4
1991	454 291	504 679	136 317	368 195	- 50 388	27,0
Bundesgebiet bzw. alte Bundesländer						
1950	535 706	322 362	84 740	236 021	+213 346	25,3
1955	461 818	313 525	48 277	254 566	+148 292	15,4
1960	521 445	343 853	48 378	254 523	+177 592	14,2
1965	492 129	375 110	58 728	316 071	+117 018	15,7
1970	444 510	413 574	75 520	336 863	+ 30 936	18,5
1975	386 681	442 257	106 829	335 325	- 55 576	24,2
1980	362 408	406 253	96 222	311 912	- 45 855	23,6
1985	364 561	425 810	128 124	297 542	- 51 149	30,1
1986	372 112	414 987	122 443	292 406	- 42 875	29,5
1987	382 564	417 570	129 850	297 560	- 35 106	31,1
1988	397 738	414 554	128 729	285 657	- 16 816	31,1
1989	398 608	412 628	126 628	285 834	- 14 020	30,7
1990	414 475	411 494	122 869	288 453	+ 2 981	29,9
1991	403 762	414 472	127 341	236 979	- 10 710	30,7
DDR bzw. neue Bundesländer und Berlin-Ost						
1950	214 744	146 583	49 860	96 723	+ 53 161	34,0
1955	155 410	123 008	25 736	97 272	+ 32 402	20,9
1960	167 583	130 554	24 540	106 014	+ 37 029	18,8
1965	129 002	131 973	26 575	105 397	- 2 971	20,1
1970	130 723	135 832	27 407	108 425	- 5 109	20,2
1975	142 130	145 288	41 532	103 556	- 3 158	23,7
1980	134 195	143 596	44 794	98 302	- 9 401	31,2
1985	131 514	140 143	51 240	88 303	- 3 629	36,6
1986	137 208	139 993	52 439	87 554	- 2 785	37,5
1987	141 283	134 539	50 640	83 899	+ 5 744	37,6
1988	137 165	132 566	49 380	83 186	+ 4 599	37,2
1989	130 989	130 510	50 053	80 477	+ 479	38,4
1990	101 913	115 640	31 917	83 723	- 13 727	27,6
1991	50 529	90 207	8 976	81 216	- 39 678	10,0

Quelle: Wirtschaft und Statistik, 1/1993, 47

Eklatante geschlechtsspezifische Unterschiede sind gerade im höheren Alter zu erkennen (vgl. Tabelle 32). Die Differenz zwischen der Zahl verheirateter Frauen und der Zahl verheirateter Männer wird im Alter, besonders durch die unterschiedlich hohe Lebenserwartung, immer größer.

Tabelle 32

Bevölkerung nach Altersgruppen und Familienstand in Deutschland
(1990)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Ledig				Verheiratet				Verwitwet				Geschieden			
	männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich	
	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%
Deutschland																
unter 15	6 637,1	100	6 297,5	100	—	—	0,0	0,0	—	—	—	—	—	—	—	—
15—20	2 236,9	99,5	2 078,5	97,3	5,3	0,2	46,5	2,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,5	0,0
20—25	2 896,1	89,5	2 237,0	74,3	325,1	10,1	755,7	24,5	1,2	0,0	3,0	0,1	14,3	0,4	33,2	1,1
25—30	2 069,0	57,2	1 241,3	36,5	1 443,8	39,9	1 965,5	58,5	3,5	0,1	11,3	0,3	100,5	2,8	149,5	4,4
30—35	960,3	29,3	515,9	17,0	2 062,0	64,1	2 258,5	74,5	6,9	0,2	22,5	0,7	188,9	5,9	225,0	7,4
35—40	503,0	17,5	272,5	9,5	2 136,2	74,3	2 200,4	79,3	10,0	0,3	36,6	1,3	225,5	7,9	256,3	9,6
40—45	301,7	11,7	159,0	6,4	2 035,4	78,9	1 991,8	80,5	14,5	0,6	56,5	2,3	227,5	8,3	255,9	10,8
45—50	241,0	9,3	131,1	5,2	2 098,1	80,6	2 005,0	80,1	25,7	1,0	99,3	4,0	236,9	9,1	257,0	10,7
50—55	241,2	7,3	158,7	5,3	2 568,5	82,9	2 389,0	79,1	52,1	1,7	211,0	7,0	235,3	7,5	259,8	8,5
55—60	135,9	5,8	140,4	6,0	1 997,4	85,5	1 756,9	74,7	66,5	2,9	295,9	12,6	135,9	5,8	159,4	6,8
60—65	86,4	4,2	174,5	7,5	1 766,4	86,7	1 517,2	65,5	100,2	4,9	486,7	21,0	84,7	4,2	135,5	5,9
65—70	49,3	3,4	217,3	9,2	1 258,8	85,7	1 221,5	51,5	114,5	7,8	503,2	33,9	46,2	3,1	130,7	5,5
70—75	25,3	3,3	125,7	8,2	706,3	82,7	570,5	36,5	99,3	11,6	731,3	50,1	23,2	2,7	80,3	5,1
75—80	27,5	3,2	136,5	7,7	639,6	74,5	409,2	22,3	171,4	20,0	1 163,9	65,1	19,3	2,2	77,3	4,3
80 und mehr . .	32,3	3,9	201,5	9,3	464,1	55,3	221,7	10,2	329,0	39,1	1 582,5	77,4	14,2	1,7	67,1	3,1
Insgesamt . .	16 443,7	42,7	14 141,4	34,3	19 507,9	50,7	19 339,6	44,9	954,5	2,6	5 654,5	13,7	1 553,8	4,0	2 117,5	5,1
Früheres Bundesgebiet																
unter 15	5 024,3	100	4 765,7	100	—	—	0,0	0,0	—	—	—	—	—	—	—	—
15—20	1 777,6	99,8	1 650,8	97,8	3,8	0,2	37,4	2,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0
20—25	2 440,6	91,1	1 964,7	77,4	229,5	8,6	550,9	21,7	1,1	0,0	2,6	0,1	9,1	0,3	19,6	0,8
25—30	1 795,8	60,9	1 102,8	40,2	1 082,8	36,8	1 533,4	55,9	3,3	0,1	9,5	0,3	64,5	2,2	98,1	3,6
30—35	842,6	32,5	455,6	18,8	1 612,9	62,2	1 796,4	73,9	5,9	0,2	18,7	0,8	130,6	5,0	158,6	6,5
35—40	431,0	19,1	233,9	10,7	1 657,6	73,4	1 723,8	79,1	8,2	0,4	29,8	1,4	160,2	7,1	192,2	8,8
40—45	267,1	12,6	137,9	6,8	1 669,9	78,5	1 636,6	80,5	12,2	0,6	47,8	2,4	178,3	8,4	209,7	10,3
45—50	211,8	10,1	110,4	5,5	1 680,4	80,1	1 595,0	80,1	20,6	1,0	81,3	4,1	184,4	8,8	204,2	10,3
50—55	212,9	8,6	130,2	5,4	2 048,5	82,4	1 900,3	79,3	41,1	1,7	170,2	7,1	184,1	7,4	194,3	8,1
55—60	122,0	6,5	112,9	6,1	1 585,2	85,0	1 395,5	75,1	52,1	2,8	235,3	12,7	106,6	5,7	115,3	6,2
60—65	79,2	4,8	139,7	7,6	1 432,8	86,3	1 216,5	66,1	80,1	4,8	386,7	21,0	68,9	4,1	96,9	5,3
65—70	45,7	3,7	175,8	9,1	1 044,6	85,4	1 004,6	52,3	93,5	7,6	646,4	33,6	39,0	3,2	95,7	5,0
70—75	23,4	3,3	108,0	8,5	587,4	82,6	470,5	37,1	80,9	11,4	633,1	49,9	19,8	2,8	58,2	4,6
75—80	25,5	3,6	118,0	8,2	531,1	74,9	333,7	23,1	136,6	19,2	939,1	65,0	16,2	2,3	53,1	3,7
80 und mehr . .	30,4	4,4	176,1	9,9	384,5	56,0	179,8	10,1	260,8	38,0	1 377,0	77,5	11,4	1,7	44,1	2,5
Insgesamt . .	13 330,0	43,2	11 382,6	34,6	15 551,0	50,4	15 374,3	46,8	796,7	2,6	4 577,6	13,9	1 173,3	3,8	1 540,3	4,7

noch Tabelle 32

Alter von ... bis unter ... Jahren	Ledig				Verheiratet				Verwitwet				Geschieden			
	männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich	
	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%
Neue Länder und Berlin-Ost																
unter 15	1 612,8	100	1 531,9	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15—20	459,3	99,6	427,8	97,9	1,6	0,3	9,1	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
20—25	455,6	81,7	322,2	59,6	96,6	17,3	204,8	37,8	0,1	0,0	0,4	0,1	5,2	0,9	13,6	2,5
25—30	273,2	40,7	138,5	21,5	361,0	53,8	452,2	70,2	0,4	0,1	1,8	0,3	36,2	5,4	51,4	8,0
30—35	117,6	18,8	60,3	10,0	449,1	71,7	472,1	78,3	1,0	0,2	3,9	0,6	58,3	9,3	66,4	11,0
35—40	72,0	11,6	38,9	6,5	478,7	77,3	476,5	79,9	1,8	0,3	6,8	1,1	66,5	10,7	74,1	12,4
40—45	34,5	7,6	21,2	4,8	365,4	80,9	355,3	80,5	2,3	0,5	8,8	2,0	49,2	10,9	56,2	12,7
45—50	29,2	5,8	20,7	4,0	417,7	82,8	410,0	80,2	5,1	1,0	18,0	3,5	52,5	10,4	62,8	12,3
50—55	28,4	4,6	28,5	4,6	520,0	85,2	488,7	78,4	10,9	1,8	40,9	6,6	51,2	8,4	65,5	10,5
55—60	14,0	3,0	27,5	5,6	412,2	87,7	361,4	73,2	14,7	3,1	60,6	12,3	29,3	6,2	44,1	8,9
60—65	7,2	1,9	34,7	7,3	333,6	88,5	300,7	63,4	20,1	5,3	100,0	21,1	15,8	4,2	38,7	8,2
65—70	3,6	1,5	41,5	9,2	214,2	87,0	216,9	48,2	21,0	8,5	156,8	34,8	7,3	2,9	35,1	7,8
70—75	1,8	1,3	20,7	7,1	118,9	83,4	99,9	34,3	18,4	12,9	148,7	51,0	3,4	2,4	22,1	7,6
75—80	2,1	1,4	18,8	5,5	108,5	73,1	75,5	22,0	34,9	23,5	224,8	65,5	3,0	2,0	24,1	7,0
80 und mehr . .	2,5	1,6	25,7	6,5	79,6	52,4	42,0	10,6	67,2	44,2	305,6	77,1	2,7	1,8	23,0	5,8
Insgesamt . .	3 113,7	40,7	2 758,8	32,9	3 957,0	51,7	3 965,3	47,3	197,9	2,6	1 077,0	12,9	380,5	5,0	577,3	6,9

Quelle: Statistisches Jahrbuch 1993, 67

Der Anteil der Eheschließungen, bei denen ein Partner älter als 60 Jahre war, lag 1989 für die alten Bundesländer bei 1,8 v. H. aller in diesem Jahr geschlossenen Ehen. In den neuen Bundesländern lag dieser Anteil bei 1,4 v. H. (Statistisches Bundesamt, 1991 b). Verwitwete heiraten im Vergleich zu Geschiedenen öfter. Auch hier zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, denn Männer sind häufiger wieder verheiratet als Frauen. Insgesamt ist jedoch die Zahl der Zweitehen im höheren Alter rückläufig. Die Gründe für diese Trends sind bisher empirisch wenig untersucht worden. Ob die Abnahme der Wiederverheiratsquoten Geschiedener eher Ausdruck einer bewußten Entscheidung ist oder aber die unterschiedlichen Heiratsmöglichkeiten auf dem „Heiratsmarkt“ widerspiegelt, ist nicht eindeutig zu beantworten.

Nach neueren Untersuchungen lassen sich erste Hinweise finden, daß es sich eher um eine bewußte Entscheidung handeln könnte (Scheller, 1992). Geschiedene Frauen im Alter von über 60 Jahren lehnen hiernach mehrheitlich eine weitere Ehe ab, da für sie beispielsweise Heiratsmotive aus jungen Jahren, wie Kinderwunsch und ökonomische Vorteile, keine Rolle mehr spielen. Im Gegenteil wird der Vorteil einer größeren Unabhängigkeit als gefährdet angesehen. Auch würden sie hierdurch ihre abgeleiteten Rentenansprüche verlieren. Bei älteren Männern hingegen werden oftmals Versorgungsgründe als Heiratsmotive genannt. Hat die Institution Ehe — historisch betrachtet — ihre Monopolfunktion bei der

Erfüllung bestimmter Ansprüche (z. B. Versorgungsgründe, Lebensglück bzw. -zufriedenheit) eingebüßt, dann ist dies nicht mehr nur für junge Ehen von Bedeutung, sondern auch für die Wiederheirat im höheren Alter. Fallen ferner familienorientierte Gründe im mittleren und höheren Alter als Heiratsmotive nicht mehr ins Gewicht und gehören in der Zukunft die jetzt „heiratskritischeren“ Geburtskohorten zu den zukünftigen mittleren und alten Generationen, dann ist mit einem weiteren Rückgang der Wiederverheiratsbereitschaft zu rechnen.

Hinlänglich bekannt ist, daß die **Scheidungs zahlen seit den 60er Jahren deutlich gestiegen** sind und sich gleichfalls die durchschnittliche Ehedauer verringert hat. Wurden 1960 in den alten Bundesländern 15,5 v. H. und in der DDR 18,8 v. H. aller Ehen durch Scheidung gelöst, so waren es 1991 27 v. H. in den alten und 1989 38 v. H. in den neuen Bundesländern (vgl. Tabelle 31). Für die Zunahme der Zahl der Ehescheidungen wird ein Wirkungsgefüge individueller und gesellschaftlicher Faktoren angenommen. Untersuchungen zeigen, daß es für die Stabilität der Beziehung zum einen wichtig zu sein scheint, Konflikte zu bewältigen und nicht zu verschleiern und zum anderen, daß beide Partner ein ähnliches Konfliktverhalten praktizieren (Nave-Herz, 1990). Auch die emotionalen Ansprüche an die Qualität der Partnerschaft haben deutlich zugenommen. Durch die zunehmend gesellschaftlich akzeptierte Infragestellung traditioneller Werte, verändertes Rollenverhalten und mehr ökonomische Unabhängigkeit wird die

Partnerschaft daher, insbesondere von Frauen, eher aufgekündigt, wenn diese nicht mehr als befriedigend erlebt wird oder sie nicht mehr den Erwartungen entspricht.

Diese Gründe könnten auch bei der Zunahme der Scheidungen im Alter von Bedeutung sein. So hat sich die Zahl der Ehescheidungen langjährig Verheirateter seit 1975 mehr als verdoppelt (Statistisches Bundesamt, 1991 b). Die Ehescheidungen nach 26 und mehr Ehejahren betragen derzeit 8 v. H. aller Ehescheidungen. Zwar werden weiterhin die Mehrzahl der Ehen im Alter durch Tod gelöst, doch ist die starke Zunahme der Ehescheidungen im Alter, insbesondere im Zusammenhang mit der sinkenden Wiederverheiratungsbereitschaft, noch weiter erklärungsbedürftig. Zum einen ist die Rede von der Krise der „mittleren Ehejahre“, die sich dadurch auszeichnet, daß nach Jahren des gemeinsamen Aufbaus eine Phase der Distanzsuche einsetzt (Jaeggi/Hollstein, 1985). Zum anderen wird angenommen, daß es sich um ein Individualisierungs- und auch um ein demographisches Phänomen handelt (Beck-Gernsheim, 1993 b). Der enorme Anstieg der Lebenserwartung hat überhaupt erst dazu geführt, daß ein gemeinsames Altern möglich wurde. Denkbar ist auch, daß — wie in jüngeren Ehen — auch in älteren Ehen die Ansprüche an eine emotional befriedigende Partnerschaft gestiegen sind und ökonomische Gründe, zumindest in bestimmten Schichten, an Bedeutung verloren haben. Des weiteren dürfte auch die Phase des „leeren Nestes“ zu einer Neuorientierung innerhalb und außerhalb der Partnerschaft führen. Für Paare, die vieles verbindet (Hobbys, Zukunftspläne, Wertüberzeugungen usw.), kann sich die Chance eines gemeinsamen Neuanfangs ergeben. Wo dies aber nicht der Fall ist, sondern sich die Interessen, Meinungen und Emotionen auseinander entwickelt haben, dürften sich um so eher Gedanken an Scheidung einstellen.

Der zunehmende Trend zur Individualisierung wird sich vermutlich nicht umkehren. Wird gleichfalls die Forderung nach einem erfüllten und zufriedenen Altern zunehmend gesellschaftlich und individuell anerkannt und im Leben der Menschen umgesetzt, wird dies zur Folge haben, daß mehr als bisher unbefriedigende Partnerschaften gelöst und damit auch die Scheidungszahlen bei langjährigen Ehen weiter zunehmen werden. Das Brüchigerwerden auch langjähriger Ehen gewinnt vor dem Hintergrund eintretender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit an Bedeutung. Denn zukünftig werden diese Leistungen vermutlich weniger von Ehepartnern erbracht werden. Daher sind andere gefragt: Freunde oder soziale Hilfsdienste (vgl. Abschnitt 2.5).

Eine ausführliche Darstellung der **Geburtenentwicklung** für die alten und neuen Bundesländer, ist im Abschnitt 1.1.1.2 zu finden. Dort wurden auch die Gründe für den Geburtenrückgang diskutiert. Deshalb werden an dieser Stelle lediglich die **steigenden Zahlen zeitlebens kinderloser Frauen** als bedeutsamer neuer Trend angesprochen.

Hervorzuheben ist hier für die Veränderungen der Familienstrukturen, daß bei einem Vergleich der Geburtsjahrgänge deutscher Frauen von 1940 bis 1970 der Anteil der zeitlebens kinderlosen Frauen von

10,6 v. H. auf 32,6 v. H. gestiegen ist. Kinderlosigkeit gab es zu allen Zeiten. Für die Zukunft prognostizieren Bevölkerungswissenschaftler (in einem für die Enquete-Kommission erstellten Gutachten), daß die jüngsten untersuchten Frauenjahrgänge ab 1970 zu einem Drittel kinderlos bleiben werden (Birg/Flöthmann, 1993). Ein weiteres Drittel werde zwei Kinder haben, während das letzte Drittel sich noch einmal aufteile in eine größere Gruppe von Frauen mit drei und mehr Kindern und eine kleinere Gruppe mit einem Kind. Dabei beträgt heute schon der Anteil ausländischer Frauen mit drei und mehr Kindern 40 v. H. an diesen Frauen insgesamt. In der Konsequenz wird dies zukünftig zu einer Polarisierung zwischen einerseits kinderlosen Frauen und Frauen mit zwei und mehr Kindern führen. Dies bedeutet, daß es zwar insgesamt weniger Frauen mit Kindern geben wird, aber die Frauen mit Kindern werden durchschnittlich mehrere Kinder haben. Da sich diese Ergebnisse lediglich auf Geburten je Frau beziehen und nicht weiter auf sozio-ökonomische Merkmale bezogen werden, läßt sich nicht schlußfolgern, zu welchen Anteilen sich die Kinder beispielsweise auf eheliche bzw. nichteheliche Lebensgemeinschaften oder auf verschiedene Bildungs- oder Einkommenschichten usw. aufteilen werden.

Diese Polarisierung stellt eine wesentliche Herausforderung für die Gestaltung des Zusammenlebens zukünftiger Generationen dar. Sie ist einerseits bei den jüngeren Familien deshalb von Bedeutung, weil Lebensstandards zunehmend mehr von Kinderlosen gesetzt werden und sie gewinnt andererseits im weiteren Lebenslauf für die älteren Menschen an Bedeutung, wenn sich durch Pensionierung, Scheidung, Krankheit oder Tod die persönlichen sozialen Netze verändern und verkleinern und Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit eintritt. Bei der Gestaltung zukünftiger Sozial- und Familienpolitik ist diese mögliche Polarisierung zu beachten.

2.2.2.2 Nichteeliche Lebensgemeinschaften

Als weiterer Trend der letzten 20 Jahre ist die **steigende Zahl nichtehelicher Lebensgemeinschaften** zu nennen. Laut Schätzungen des Statistischen Bundesamtes ist der Anteil nichtehelicher Lebensgemeinschaften an der Gesamtbevölkerung für die alten Bundesländer von 0,4 v. H. in 1972 auf 3,5 v. H. in 1992 gestiegen, hat sich also mehr als verachtfacht (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 b). Jedoch dürften die Schätzungen insgesamt als zu niedrig angesehen werden, da Partner, die zwei getrennte Haushalte haben, tatsächlich aber überwiegend in einem Haushalt leben, nicht erfaßt werden. In den neuen Bundesländern lebten 1992 4,3 v. H. der Bevölkerung in nichtehelichen Lebensgemeinschaften (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1994).

Diese Lebensform hat bei allen Altersgruppen an Bedeutung gewonnen: bei den 18- bis unter 36jährigen ist in den letzten Jahren jedoch die größte Zunahme zu verzeichnen (von 0,3 v. H. 1972 auf 2,8 v. H. 1990, bezogen auf die Gesamtbevölkerung

Nichteheliche Lebensgemeinschaften nach dem Familienstand der Partner¹⁾
(1991)

Familienstand der Partner	Alte Bundesländer						Neue Bundesländer und Berlin-Ost					
	zusammen		ohne Kind		mit Kind(ern) ²⁾		zusammen		ohne Kind		mit Kind(ern) ²⁾	
	1 000	%	1 000	% ³⁾	1 000	% ³⁾	1 000	%	1 000	% ⁴⁾	1 000	% ⁴⁾
Beide Partner ledig	535	59,5	571	90,0	64	10,0	154	47,0	73	47,1	81	52,9
Ein Partner ledig/ ein Partner nicht ledig	199	18,7	135	57,8	64	32,3	70	21,3	22	31,5	48	58,5
Mann ledig/ Frau nicht ledig	113	10,5	69	51,0	44	39,1	35	10,8	9	24,9	27	75,1
Mann nicht ledig/ Frau ledig	86	8,1	65	76,7	20	23,3	34	10,4	13	38,4	21	51,6
Beide Partner nicht ledig . .	232	21,8	162	59,5	71	30,4	104	31,7	53	50,8	51	49,1
dar.: beide Partner verhei- ratet getrenntlebend bzw. geschieden	114	10,5	69	60,4	45	39,5	72	21,9	27	37,9	44	61,9
Nichteheliche Lebensge- meinschaften insgesamt . . .	1 065	100	858	81,4	198	18,5	327	100	147	45,0	180	55,0

¹⁾ Schätzung aus Ergebnissen des Mikrozensus

²⁾ Kind(er) ohne Altersbegrenzung

³⁾ Prozent von Spalte 1

⁴⁾ Prozent von Spalte 7

Quelle: Wirtschaft und Statistik 3/1993, 194

in der jeweiligen Altersgruppe in den alten Bundesländern). Der Anteil der nichtehelichen Lebensgemeinschaften ohne Kinder an nichtehelichen Lebensgemeinschaften insgesamt betrug 1991 81,4 v. H. in den alten Bundesländern und 45 v. H. in den neuen Bundesländern (vgl. Tabelle 33). Der große Anteil von nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern in den neuen Bundesländern und Berlin-Ost spiegelt wesentliche Unterschiede der Familienstrukturen zwischen beiden Teilen Deutschlands wider, die auch im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Gesetzgebung in der Vergangenheit zu sehen sind.

In bezug auf die alten Bundesländer wird in nichtehelichen Lebensgemeinschaften vom Familienministerium keine alternative Lebensform zur Ehe und Familie gesehen, da der Anteil der nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern 1991 nur 18,6 v. H. betrug (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 b). Dennoch verbergen sich hinter nichtehelichen Lebensgemeinschaften — zum Teil mehr oder weniger bewußt — verschiedene Lebensformen mit unterschiedlichen Motiven. Ob sie eine bedeutsame Alternative zur Ehe darstellen, ist in der Literatur umstritten. Faßt man jüngste Ergebnisse zu nichtehelichen Lebensgemeinschaften junger Paare zusammen, dann läßt sich für den Großteil sagen, daß sie eine Art „Vorstadium“ für eine später angestrebte Ehe darstellen oder als solche zumindest geplant sind, auch wenn sich dann vorher die Trennung ergibt

(Vaskovics, 1990). Für eine Vielzahl junger Menschen hat sich damit eine neue Phase innerhalb des Lebenslaufs etabliert. Die Phase der „Postadoleszenz“, mit eigenständigen Partnerschafts-, Wohn- und Erwerbsmustern, die auch zunehmend gesellschaftlich akzeptiert wird. Geht man davon aus, daß sich aus der Akzeptanz dieses Verhaltens schon eher eine neue gesellschaftliche Norm entwickelt (z. B. erst die Ehe probieren, dann heiraten oder erst beruflich etablieren und ökonomisch absichern, dann Kinder kriegen), dann ist eine weitere Zunahme der Anzahl junger nichtehelicher Lebensgemeinschaften wahrscheinlich.

Nun sind aber auch die Zahlen nichtehelicher Lebensgemeinschaften im mittleren und höheren Alter gestiegen. Hier spricht auch das Statistische Bundesamt davon, daß die nichtehelichen Lebensgemeinschaften als Alternative zur Ehe an Bedeutung gewonnen haben. So belaufen sich die Schätzungen aus den Ergebnissen des Mikrozensus von 1989 für die alten Bundesländer auf 8 v. H. nichteheliche Lebensgemeinschaften an allen nichtehelichen Lebensgemeinschaften, in denen beide Partner älter sind als 56 Jahre (Statistisches Bundesamt, 1991 b). Aus diesen Ergebnissen wird geschlußfolgert, daß sich ältere Menschen am ehesten nichteheliche Partner in der gleichen Altersgruppe suchen, weil beide sich hinsichtlich der Lebenssituation und der Interessen am meisten ähneln. Insgesamt leben mehr ältere Männer in nicht-

ehelichen Lebensgemeinschaften als ältere Frauen (92000 bzw. 87000) (Statistisches Bundesamt, 1991 b). Ob dies gewollt oder ungewollt ist, läßt sich bisher nicht mit empirischen Ergebnissen belegen. Zweierlei Interpretationen sind vorstellbar: Zum einen, daß nicht alle Frauen einen Partner in einer ähnlichen Altersgruppe finden, da ihr Anteil größer ist als der der Männer. Zum anderen könnte sich darin auch ausdrücken, daß die älteren Frauen nicht in gleichem Umfang bereit sind oder es aus Versorgungsgründen „nötig haben“, wie die älteren Männer, ihre selbständige Haushaltsführung aufzugeben. Eine ähnliche Argumentation wurde bereits bezüglich der gesunkenen Wiederverheiratungsbereitschaft angeführt. Eine weiter steigende Anzahl nichtehelicher Lebensgemeinschaften auch im Alter ist wahrscheinlich. Wie sich das Zusammenleben in nichtehelichen Lebensgemeinschaften im Alter gestalten wird, welchen Verbindlichkeitsgrad sie haben, wie weit die gegenseitige Hilfebereitschaft gehen wird und ob sie sich in dieser Hinsicht überhaupt von ehelichen Lebensgemeinschaften unterscheiden, sind heute noch offene aber wichtige Fragen, gerade im Zusammenhang mit entstehendem Hilfe- und Pflegebedarf im Alter.

2.2.2.3 Alleinlebende/Singles

Wie schon die Wortvielfalt deutlich macht (Alleinlebende, Singles, Alleinstehende), handelt es sich hierbei um eine sehr heterogene Gruppe. Der Anteil der Alleinlebenden wird durch den Anteil der Ein-Personen-Haushalte an allen Privathaushalten gemessen und hat sich in den alten Bundesländern seit 1972 von 26,2 v. H. auf heute 35,1 v. H. in 1991 erhöht (für die neuen Bundesländer liegen über diesen Zeitraum

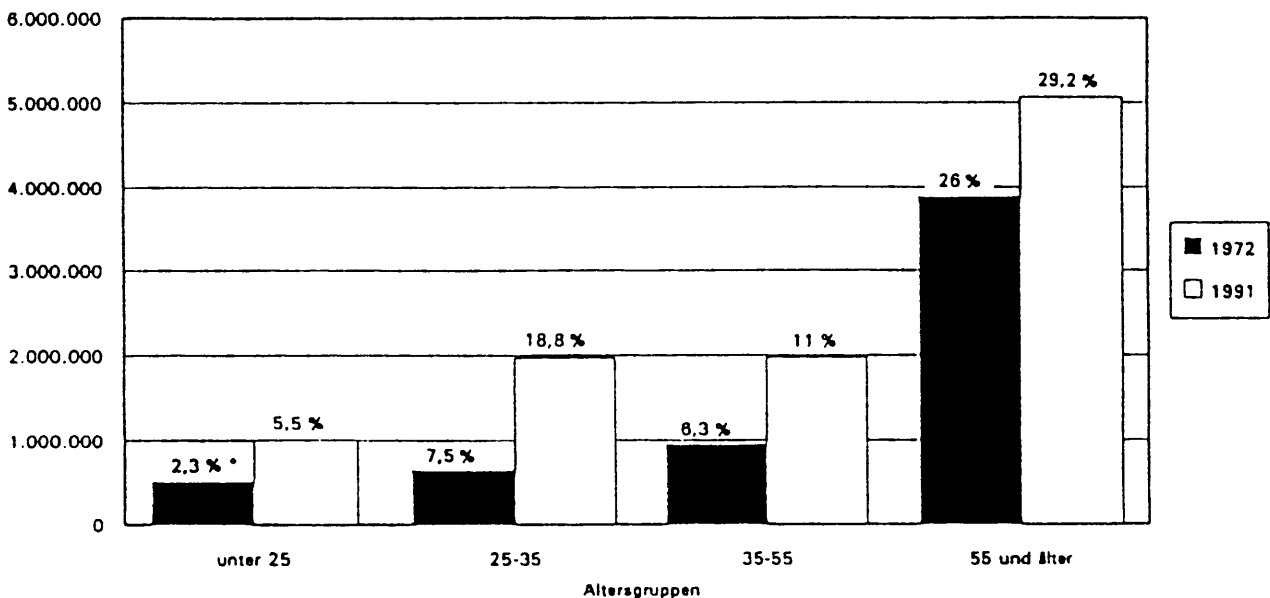
keine vergleichbaren Zahlen vor). Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt insgesamt 15,6 v. H. (Statistisches Bundesamt, 1991 a). Dabei bilden die 55jährigen und älteren mit 29,2 v. H. die größte Gruppe. Die stärkste Zunahme ist jedoch bei der Altersgruppe der 25—35jährigen zu verzeichnen.

Die Kategorie Ein-Personen-Haushalt ist jedoch nicht geeignet, den Anteil der Personen zu beziffern, die ohne einen Partner leben. Die sogenannten Singles sind nun eine hiervon zu unterscheidende Gruppe, da sie diejenigen sind, die ohne festen Partner leben. Nach Allbus-Ergebnissen von 1986 sind 9 v. H. aller Alleinlebenden im Alter von 30—40 Jahren Singles. Davon sind über 75 v. H. ledig und eine deutliche Mehrheit (86 v. H.) Männer. Gleichfalls leben sie im wesentlichen in Großstädten. Unter den 14 v. H. weiblichen Singles ist ein hohes schulisches Bildungsniveau besonders auffällig (Bachmann, 1992).

Mit 9 v. H. an allen Alleinlebenden im Alter von 30—40 Jahren sind die Singles zwar eine absolute Minderheit, aber, wie die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, eine dynamische Minderheit. Im „besten“ Familienalter sind sie typischerweise beruflich etabliert, überwiegend ledig, aber durchaus mit Beziehungserfahrungen und hohen Beziehungsansprüchen. Hier handelt es sich um mehr als „eine in der Not des Partnerverlusts entstandene Lebensform“ (Bachmann, 1992). Zwar gehört eine wirklich freiwillige Partnerlosigkeit nur bei den wenigsten Singles zum Selbstverständnis, aber die Vorstellung von einem Singleleben auf Zeit, mit der Möglichkeit der Selbstverwirklichung, wird als eine lebenswerte Option — auch als Alternative zur Familie — empfunden. Zusammenfassend stehen 57 v. H. der Singles einer Partnerschaft offen gegenüber, 28 v. H. zwar offen

Abbildung 12

Anzahl der Alleinlebenden im Zeitvergleich 1972 und 1991



Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus (eigene Darstellung, alte Bundesländer)

aber mit Vorbehalten, während 15 v. H. diese definitiv ablehnen. Hohe Beziehungsansprüche und gleichzeitig eine große Bedeutung der persönlichen Freiheit scheinen bei vielen Singles zu einer ambivalenten Erwartung bezüglich zukünftiger Partnerschaften zu führen. Singleleben ist nicht allein als ein individueller Wunsch zu begreifen, sondern auch als Reflex auf eine fortgeschrittene, moderne Gesellschaft, die die Herauslösung des einzelnen aus ökonomischen, sozialen und kulturellen Bindungen forciert. Mit einer weiteren Zunahme dieser Lebensform ist deshalb zu rechnen.

Betrachtet man die älteren Alleinlebenden, dann zeigen sich hier in mehrfacher Weise erhebliche Unterschiede. Während bei den jüngeren Generationen bezüglich des Alleinelebens zum Teil von einer bewußt gewählten Lebensform („Singularisierung als Lebensstil“) gesprochen werden kann, ist Alleineleben bei den Älteren und Hochaltrigen heute noch eher durch Verwitwung herbeigeführt bzw. dadurch, daß sie nicht verheiratet waren (Tews, 1991). Im Gegensatz zum Individualisierungstrend als Verhaltenswandel bei den Jüngeren ist das Alleineleben bei den Alten heute oft noch lebens- und familienzyklusbedingt, kann dann aber in der Folge zu einer bewußten Entscheidung werden.

Verwitwung ist überwiegend ein weibliches Schicksal, denn $\frac{3}{4}$ der über 75jährigen sind Frauen. Auf Haushalte bezogen heißt dies, daß bei Ein-Personen-Haushalten über 60 Jahren der Frauenanteil 85 v. H. beträgt, zum einen bedingt durch die höhere Lebenserwartung, zum anderen durch die hohen Heiratsquoten dieser Altersjahrgänge (Statistisches Bundesamt, 1991 b). Der hohe Frauenanteil an den alten Menschen wird auch als „Feminisierung des Alters“ bezeichnet (Tews, 1993). Diese geht heute verhältnismäßig oft mit einer Reihe von Risikoausprägungen wie Armut, Pflege- und Hilfebedürftigkeit, Abhängigkeit (von verschiedensten Hilfeleistungen) einher, die in verschärfter und oft kumulierter Form Frauen mit geringen und unterbrochenen Erwerbsbiographien betreffen.

Die Bewältigung des Alleinelebens läßt geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen. Eine Befragung nach der Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation ergab, daß Männer mit dem Alleineleben deutlich schlechter fertig werden, unzufriedener sind bzw. angeben, mehr darunter zu leiden als Frauen (Schütz/Tews, 1991). Frauen können sich nach längerem Alleineleben seltener vorstellen, wieder mit jemandem zusammen zu leben. Diese Ergebnisse korrespondieren mit der sinkenden Wiederverheiratungsbereitschaft.

Für die Zukunft könnte sich aus diesen Trends ergeben, daß der Anteil der Verwitweten zurückgehen wird, weil insgesamt der Anteil der Verheirateten abnimmt. Gleichfalls dürfte der Anteil der geschiedenen Alleinlebenden aufgrund der steigenden Scheidungszahlen zunehmen und, wie oben schon angesprochen, bedingt durch die zunehmende Individualisierung, der Anteil der Singles ebenfalls. In diesem Zusammenhang gibt es sowohl Annahmen über eine mögliche Zunahme von Vereinsamung und Isolation in der Zukunft, wie auch optimistische Annahmen, die nicht mit einer Zunahme rechnen. Ist in der Folge einer zunehmenden Individualisierung auch mit

zunehmender Singularisierung zu rechnen, dann gewinnen in der Zukunft mögliche Folgerisiken wie Isolation und Vereinsamung an Gewicht (Dieck/Naegele, 1993), insbesondere für bestimmte Problemgruppen wie Arbeitslose, Alleinerziehende, Ausländer, behinderte und schwer kranke Menschen. Möglich erscheint aber auch, daß — aufgrund einer länger erprobten individualisierten Lebenserfahrung — bei zukünftigen Altersgenerationen Vereinsamung und Isolation trotz zunehmender Singularisierung nicht häufiger werden (Lehr, 1988). Nun begünstigt ein „Mehr“ an individualisierter Lebenserfahrung sicherlich die Möglichkeit, mit dem Alleinsein bzw. mit dem sich einsam fühlen, besser umgehen zu können. Doch ist dies gleichfalls in großem Umfang von den jeweiligen sozio-ökonomischen Bedingungen abhängig. Wenn man also die Zunahme von Isolation und Vereinsamung im Alter verhindern will, dann muß dies in Verbindung mit Bemühungen zur Aufhebung sozio-ökonomischer, gesellschaftlicher und geschlechtsspezifischer Benachteiligungen geschehen sowie in Verbindung mit der Stärkung von Fähigkeiten zur Aufnahme und Pflege von sozialen Kontakten.

2.2.2.4 Alleinerziehende

Im Zusammenhang mit zurückgehenden Heiratszahlen und steigenden Scheidungszahlen hat auch die Anzahl der Alleinerziehenden stark zugenommen. Laut Mikrozensus waren 1991 in den alten Bundesländern 1 858 000 Mio. und in den neuen Bundesländern 682 000 Elternteile alleinerziehend. Nach Geschlecht differenziert zeigt sich, daß davon die große Mehrheit Mütter (83,5 v. H. alte Bundesländer, 87 v. H. neue Bundesländer) waren. Den größten Anteil bei den Alleinerziehenden bilden die Geschiedenen mit 36,6 v. H. in den alten und 44,0 v. H. in den neuen Bundesländern (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 b).

Tabelle 34

Alleinerziehende nach dem Familienstand 1991 (in v. H.)

	gesamtes Deutschland	alte Bundes- länder	neue Bundes- länder
	in %		
ledig	21,2	16,7	33,6
verheiratet/ getrennt . . .	9,1	11,3	3,1
verwitwet ..	31,0	35,3	19,5
geschieden .	38,6	36,6	44,0
insgesamt ..	100,0	100,0	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, 1991

Unter ökonomischen Gesichtspunkten handelt es sich bei den Alleinerziehenden zu gewichtigen Teilen um eine Problemgruppe. Wie aus der Antwort der Bundesregierung zur „wirtschaftlichen Situation von Familien“ (BT-Drucksache 12/6224) hervorgeht, ist der Anteil der Alleinerziehenden, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) beziehen, seit 1985 von

11,3 v. H. auf 19,2 v. H. zum Jahresende 1991 kontinuierlich gestiegen. Bei einem Vergleich der verschiedenen Haushaltstypen wird deutlich, daß die Alleinerziehenden unter den Beziehern von HLU deutlich überrepräsentiert sind.

Im Hinblick auf das Risiko arbeitslos zu werden, sind die alleinerziehenden geschiedenen Frauen besonders betroffen. Ihr Arbeitsmarktrisiko beruht zum einen auf ihrer geringen beruflichen Qualifikation, zumindest in den alten Bundesländern, zum anderen auf der Beeinträchtigung der Konkurrenzfähigkeit durch ihre gegenwärtige oder frühere Familienarbeit. Gerade die derzeitige Arbeitsmarktsituation führt für alleinerziehende Frauen in den neuen Bundesländern immer häufiger zu Arbeitslosigkeit. Mitte 1991 waren hier etwa 40 v. H. der Antragsteller beim Sozialamt alleinerziehende Frauen (Sozialreport, 1992).

Weiterhin ist im Zusammenhang mit den steigenden Scheidungszahlen und der zunehmenden Individualisierung mit einer kontinuierlich steigenden Anzahl der Alleinerziehenden zu rechnen. Wie sich die Anzahl der Frauen entwickelt, die bewußt ohne Partner mit einem Kind leben wollen, ist schwer abzuschätzen, da diese Gruppe in der Forschung wenig Beachtung findet. Mit fortschreitendem Individualisierungstrend scheint jedoch auch hier eine — wenn auch im Vergleich mit anderen Lebensformen recht geringe Zunahme möglich.

Die Zunahme der Anzahl Alleinerziehender gewinnt vor dem Hintergrund an Relevanz, daß das deutsche Sozialversicherungssystem im wesentlichen auf ein

Normalarbeitsverhältnis mit kontinuierlicher, versicherungspflichtiger und lebenslanger Berufstätigkeit ausgerichtet ist bzw., wenn eine Ehe vorliegt, auf abgeleitete Versorgungsansprüche. Für Alleinerziehende — insbesondere für unverheiratete — entsteht daher eine Sicherungslücke sowohl aktuell — bei familienbedingter Erwerbsunterbrechung bzw. Arbeitslosigkeit oder Teilzeiterwerbstätigkeit — als auch im Hinblick auf längerfristige Arbeitslosigkeit und die materielle Versorgung im Alter. Im Zuge der brüchiger und vielfältiger werdenden Lebensverläufe scheint es daher notwendig, die soziale Sicherung neu auf die Realität der Lebenslagen der Individuen und Familien abzustimmen.

2.2.2.5 Haushaltsstrukturen

Die zuvor beschriebenen Veränderungen in den familialen und außerfamilialen Lebensformen haben auch Auswirkungen auf die Anteile der verschiedenen Haushaltsformen. Hier sind als markanteste Veränderungen hervorzuheben, daß zum einen die Ein-Personen-Haushalte deutlich zugenommen haben, während zum anderen die Mehr-Personen-Haushalte stark zurückgegangen sind (genauere Angaben hierzu sowie regionale Unterschiedlichkeiten sind in Kapitel 6 „Wohnen und Wohnumfeld“ ausführlich dargestellt). Nach einer Vorausberechnung der Entwicklung der Privathaushalte bis zum Jahre 2010 (nur für die alten Bundesländer) werden sich diese Trends weiter fortsetzen.

Tabelle 35

Privathaushalte mit deutscher Bezugsperson nach Haushaltsgröße *) von 1972—2010

Jahr ¹⁾	Insgesamt 1 000	Einpersonenhaushalte		Mehrpersonenhaushalte		Davon mit . . . Personen								Anzahl Personen je Haushalt
		1 000	% von Spalte 1	1 000	% von Spalte 1	2		3		4		5 und mehr ²⁾		
						1 000	% von Spalte 1	1 000	% von Spalte 1	1 000	% von Spalte 1	1 000	% von Spalte 1	
1972	21 810	5 539	25,4	16 271	74,6	6 148	28,2	4 157	19,1	3 317	15,2	2 649	12,1	2,68
1975	22 230	6 132	27,6	16 098	72,4	6 437	29,0	4 025	18,1	3 300	14,8	2 336	10,5	2,59
1980	23 238	7 097	30,5	16 141	69,5	6 830	29,4	4 069	17,5	3 317	14,3	1 926	8,3	2,45
1985	24 714	8 382	33,9	16 334	66,1	7 533	30,5	4 215	17,1	3 169	12,8	1 416	5,7	2,29
1986	25 018	8 650	34,6	16 368	65,4	7 554	30,2	4 255	17,0	3 203	12,8	1 356	5,4	2,26
1987	25 241	8 823	35,0	16 418	65,0	7 668	30,4	4 293	17,0	3 145	12,5	1 312	5,2	2,25
1988	25 756	9 089	35,3	16 667	64,7	7 901	30,7	4 345	16,9	3 154	12,2	1 267	4,9	2,22
1989	26 008	9 300	35,8	16 709	64,2	8 010	30,8	4 338	16,7	3 154	12,1	1 207	4,6	2,20
1990	26 317	9 325	35,4	16 992	64,6	8 154	31,0	4 370	16,6	3 243	12,3	1 225	4,7	2,21
1995	26 821	9 517	35,5	17 303	64,5	8 378	31,2	4 385	16,3	3 347	12,5	1 194	4,5	2,21
2000	26 673	9 480	35,5	17 193	64,5	8 436	31,6	4 274	16,0	3 345	12,5	1 138	4,3	2,20
2005	26 327	9 447	35,9	16 881	64,1	8 471	32,2	4 132	15,7	3 185	12,1	1 093	3,9	2,14
2010	25 979	9 500	36,6	16 479	63,4	8 548	32,9	3 980	15,3	2 937	11,3	1 014	3,9	2,14

¹⁾ 1972 bis 1990 Ergebnisse des Mikrozensus, ab 1995 Ergebnisse der Vorausberechnung.

²⁾ Ab 1995 angenommene durchschnittliche Zahl der Personen je Haushalt: 5,34.

Quelle: Wirtschaft und Statistik, 9/1992, 623

*) alte Bundesländer

An dieser Stelle wird von einer weiteren Zunahme des Anteils der Ein-Personen-Haushalte ausgegangen, die im wesentlichen von alleinlebenden jüngeren wie älteren Menschen gebildet werden. Die steigende Lebenserwartung wird diese Entwicklung noch verstärken. Der Trend zu kleineren Haushalten mit zwei bzw. drei Personen wird wesentlich von der steigenden Zahl von Ein-Kind-Familien, von kinderlosen Ehepaaren, von nichtehelichen Lebensgemeinschaften sowie von Alleinerziehenden getragen und hier mehr in den städtischen und großstädtischen Regionen als in den ländlichen. Damit geht eine Abnahme der Haushalte mit fünf und mehr Personen einher, weil das Zusammenleben in Mehr-Generationen-Haushalten weiter abnimmt.

2.2.2.6 Elternschaft und Kinderwunsch

Kinder zu haben — und das wird nur selten angesprochen — ist eine wichtige Lebensform, die es ermöglicht, Werte, Traditionen und Lebenserfahrungen an die nachfolgenden Generationen weiterzugeben und durch diese weiter zu entwickeln. Sie kann einen Gewinn an Lebenserfahrung bedeuten. Kinder zu haben, kann ferner dazu führen, daß das Verantwortungsgefühl für andere gestärkt wird. Der Kinderwunsch kann als ein eigenständiger Lebenswert, mit einer heute für die Mehrheit der Bevölkerung hohen Bedeutung, angesehen werden.

Untersuchungen über Kinderwünsche haben ergeben, daß es eine Diskrepanz zwischen den geäußerten Kinderwünschen einerseits und deren Realisierung andererseits gibt (der geäußerte Kinderwunsch ist größer als dessen Verwirklichung). Es stellt sich daher die Frage, welche Gründe dazu führen, daß der Kinderwunsch nicht verwirklicht wird, wenn keine biologischen/psychosomatischen Gründe vorliegen.

Eine Untersuchung über „junge Ehen und Kinderwunsch“ zeigte, daß die Realisierung des Kinderwunsches sowohl von den äußeren Lebensumständen abhängt als auch von der gesamten Lebensplanung. Kurz nach der Eheschließung befragt, wünschte sich in den alten Bundesländern die überwiegende Mehrheit der Paare (88 v. H.) Kinder. Nach der Nähe bzw. Distanz zum Kinderwunsch befragt, waren 19 v. H. werdende Eltern, 34 v. H. wünschten sich in den nächsten 2 Jahren Kinder, 11 v. H. in 3—5 Jahren, 6 v. H. waren sich noch unsicher und 3 v. H. wollten bewußt kinderlos bleiben. Die verbleibenden 27 v. H. haben zwar einen positiven Kinderwunsch, jedoch noch keinen festen Zeitpunkt geplant (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1992). Zusammenfassend konnte gezeigt werden, daß etwa $\frac{1}{3}$ der Paare nach etwa 2 Jahren den Kinderwunsch verwirklicht hatte, etwa $\frac{1}{10}$ erwartete ein Kind, etwa $\frac{1}{3}$ verschiebt die Realisierung auf die nächsten 2 Jahre und $\frac{1}{3}$ verschiebt die ursprünglich für die nahe Zukunft geplante Elternschaft ins Unbestimmte.

Der Kinderwunsch stellt also keine feste sondern eine veränderliche Option dar. Finanzielle, berufliche und

wohnungsmäßige Bedingungen sind nach diesen Ergebnissen zwar notwendige, jedoch nicht hinreichende Voraussetzungen sowohl für den Kinderwunsch als auch für dessen Verwirklichung. Die Qualität der Partnerbeziehung spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Familienpolitische Maßnahmen (wie z. B. Erziehungsgeld oder Erziehungsurlaub) besitzen zwar eine hohe Akzeptanz bei den Befragten, als Anreiz, ein Kind zu bekommen, wirken sie mehrheitlich nicht. Jedoch: Die Gruppen der Eltern, die hinsichtlich des Kinderwunsches noch unentschlossen bzw. ablehnend waren, äußerten, daß das Argument „Familienpolitik“ bezüglich ihres Entscheidungsprozesses für oder gegen Kinder, eine wichtige Rolle spiele. Für sie waren die „familienpolitischen Maßnahmen“ unzureichend (unter familienpolitischen Maßnahmen wurde hier im wesentlichen Erziehungsurlaub und Erziehungsgeld verstanden). Kritisch anzumerken ist, daß in dieser Studie nicht nach möglichen Einflüssen von anderen familienpolitischen Maßnahmen (wie beispielsweise Kinderbetreuungseinrichtungen und Flexibilisierungen der Arbeitszeit) gefragt worden ist und daher deren Wirkungen auf den Entscheidungsprozeß nicht erfaßt wurden. Insofern sind nach diesen Ergebnissen familienpolitische Maßnahmen vielmehr als Maßnahmen zu verstehen, die helfen, die Verwirklichung des Kinderwunsches zu erleichtern, ihn jedoch nicht begründen und herbeiführen können.

Wie aus anderen Ländern (z. B. Schweden, Frankreich) bekannt ist, kann ein breit gefächertes Netz an verschiedenen Betreuungsangeboten für Kinder — auch im schulfähigen Alter — dazu führen, daß die Geburtenzahlen und die Müttererwerbstätigkeit höher sind als in der Bundesrepublik. Gerade verschiedenen aufeinander abgestimmten Betreuungsmöglichkeiten für Kinder verschiedener Altersgruppen, die an familialen Zeitbedarfen orientiert sind, kommt demnach bei den familienpolitischen Maßnahmen eine herausragende Bedeutung zu.

Anhand von Aussagen zum Kinderwunsch in den neuen Bundesländern wird ebenfalls deutlich, wie wesentlich der Kinderwunsch von sozio-ökonomischer Sicherheit und einer planbaren Zukunft abhängt und daß diese Bedingungen grundlegende Voraussetzungen zur Realisierung des Kinderwunsches sind. Hier hat der Kinderwunsch, bedingt durch den Transformationsprozeß, im Vergleich mit Werten der existentiellen Sicherheit, deutlich an Bedeutung eingebüßt.

Von den Betroffenen, die im wesentlichen Frauen sind, werden die derzeitigen Regelungen am ehesten als unzureichend empfunden. Gerade von den Frauen in den neuen Bundesländern, die auf ein breit angelegtes Betreuungsangebot für Kinder und diverse familienunterstützende Maßnahmen zurückgreifen konnten. Insgesamt führen die derzeitigen Regelungen — gewollt oder ungewollt — zu einer deutlichen Traditionalisierung der familialen Aufgaben, selbst wenn diese vorher in der Partnerschaft weniger geschlechtsspezifisch verteilt waren. Pointiert gesagt, führt „Kinderkriegen“ heute immer noch zu einer geschlechtsspezifischen Aufgabenteilung in der Fa-

Tabelle 36

**Entwicklung des Kinderwunsches vor und nach der gesellschaftlichen Wende
in den neuen Bundesländern**

Gewünschte Kinderzahl	1975	1982	1992	1990		1992	
	14- bis 30j. Leipziger	14- bis 30j. Leipziger	14- bis 30j. Leipziger	18- bis 45j.		18- bis 45j.	
				Mann	Frau	Mann	Frau
keine	2	7	6	1		9	11
1 Kind	28	26	27	19	24	13	12
2 Kinder	56	60	23	69	63	64	73
3 und mehr Kinder .	6	7	2	11	11	14	6
unentschlossen	8	0	42	0		0	
durchschnittlich gewünschte Kinder .	0	0	0	1,96	1,9	1,87	1,74

Quelle: Jugendreport, Leipzig, 1992

milie. Die Frauen sind mit dieser Situation deutlich weniger zufrieden als die Männer. Die Dynamik im Wandel der Geschlechterrollen geht seit Jahren auch mehr oder weniger einseitig von Frauen aus. Zunehmende Forderungen nach Gleichberechtigung und Gleichstellung machen ferner deutlich, daß Frauen immer weniger bereit sind, gesellschaftliche Benachteiligungen zu akzeptieren. In verschiedenen wissenschaftlichen Veröffentlichungen mehren sich derzeit die Indizien dafür, daß immer öfter der Kinderwunsch hinter die Entscheidung für Berufstätigkeit zurückgestellt wird, wenn es schwierig ist, Kindererziehung und Erwerbstätigkeit zu vereinbaren (Ott/Wagner, 1992; Birg/Flöthmann, 1993).

Daher sind familienpolitische Maßnahmen zu fordern, die nicht auf einen Ausstieg aus dem Erwerbsleben abzielen, wenn ein Kind geboren wird, sondern ein Nebeneinander von Familie und Beruf ermöglichen, wenn dies gewünscht wird. Sie sind deshalb notwendig, um den sich verändernden Lebenslagen und Wünschen von Frauen und Männern gerecht zu werden. Sie sind aber auch aus demographischen Gründen notwendig, da auf dem Arbeitsmarkt vom Jahre 2010 an qualifizierte Arbeitskräfte nachgefragt werden und für die demographisch bedingten Finanzierungsbelastungen in der Alterssicherung eine hohe Frauenerwerbstätigkeit vorteilhaft wäre.

Noch haben Kinder und Familie einen hohen Stellenwert, zumindest in den Vorstellungen der Menschen. Soll dies auch in der Zukunft so bleiben, dann sind die vielfältigen Benachteiligungen von Familien mit Kindern abzuschaffen, insbesondere auch die vielfältigen — hier jedoch nicht angesprochenen — finanziellen Benachteiligungen (in Abschnitt 2.6 wird die finanzielle Förderung von Familien angesprochen). Sonst ist zu befürchten, daß die Diskrepanz zwischen dem Kinderwunsch und dessen Verwirklichung weiter zunimmt und Kinder zu haben weiterhin zu erheblichen Benachteiligungen führt.

Kinderlosigkeit gab es zu allen Zeiten und sie war und ist in den Städten und Großstädten deutlich häufiger

vorzufinden als in ländlichen Regionen. Auch die heute älteren Kohorten haben zu etwa 10—15 v. H. zeitlebens keine Kinder gehabt und etwa jeder fünfte ältere Mensch hat heute keine Kinder mehr.

Tabelle 37

**Anzahl der Kinder insgesamt und nach Geschlecht
(in v. H.)**

Anzahl der Kinder	Insgesamt	Männer	Frauen
	in %		
keine Kinder (mehr)	19	14	21
1 Kind	24	24	24
2 Kinder	30	31	29
3 Kinder	16	19	14
4 und mehr Kinder .	12	12	12

Quelle: Stadie, R.: Altsein zwischen Integration und Isolation. Empirische Ergebnisse zur Lebenssituation und Befindlichkeit alter Menschen, Melle, 1987, 94

Bleiben die jüngeren untersuchten Frauenjahrgänge (1960—1970) zu etwa 30 v. H. zeitlebens kinderlos und kommt zu diesem Anteil die Gruppe der Männer hinzu, die ebenfalls zeitlebens kinderlos bleiben sowie diejenigen, deren Kinder früher sterben, wird für die Zukunft der deutlich zu erwartende Anstieg des Anteils alter Menschen ohne Kinder sichtbar. Hier sind die sozialen Dienste gefordert, die kleiner werdenden familialen Netze zu unterstützen oder zu ersetzen. In Abschnitt 2.5 und 2.6 wird hierauf näher eingegangen.

2.2.3 Zusammenfassung zukünftiger Tendenzen

Allgemein gesagt, führt die sinkende Fertilität und die Verschiebung der Geburten in ein höheres Alter der Eltern dazu, daß es immer weniger Familien mit

Kindern gibt. Bei einer genaueren Betrachtung der sinkenden Fertilität zeigt sich jedoch, daß sich dahinter eine Polarisierung zwischen zeitlebens kinderlosen Frauen und Frauen mit ein bzw. mehreren Kindern verbirgt (nach Birg werden bis zum Jahr 2030 ein Drittel aller Frauen zeitlebens kinderlos bleiben, vgl. Abschnitt 2.2.2.1). Welche soziale Differenzierung sich hinter diesen Daten verbirgt, ist bisher nicht bekannt. Vorstellbar wäre jedoch, daß es auch zukünftig die finanziell schwächeren Schichten sein werden, die noch mehr als drei Kinder haben. Auch der Anteil ausländischer Familien an den Familien mit mehreren Kindern wird vergleichsweise überdurchschnittlich hoch sein (bei Frauen mit mehr als drei Kindern beträgt der Anteil ausländischer Frauen heute 40 v. H.). Insofern könnte diese Entwicklung eine deutliche soziale Polarisierung enthalten, die eine besondere Förderung dieser kinderreichen Familien nötig macht.

In der Folge führt der Geburtenrückgang für die Verwandtschaftsstrukturen zu einem Rückgang der Zahl der Enkel, Neffen, Nichten usw. Dort, wo es keine Kinder mehr gibt, werden also in der Zukunft die Verwandtschaftsnetze kleiner. Weniger Kindern werden dann vergleichsweise mehr Großeltern und andere ältere Verwandte gegenüber stehen. Allein durch den Geburtenrückgang wird die Zahl der Alleinstehenden auch im Alter wachsen. Diese Entwicklung wird sich durch die sinkende Heiratsbereitschaft, sinkende Wiederverheiratungsbereitschaft und steigende Scheidungszahlen weiter fortsetzen. Die steigende Lebenserwartung wird den Anteil der Alleinstehenden im höheren Lebensalter zusätzlich erhöhen. Es ist also von einer weiteren Singularisierung auszugehen, die jedoch nicht gleichzusetzen ist mit Vereinsamung. Ob Isolation und Einsamkeit zunehmen werden, wird zum einen von den Fähigkeiten der einzelnen abhängen, sich soziale Netzwerke aufzubauen und zum anderen von hierbei zur Verfügung stehenden unterstützenden Beratungs- und Hilfeangeboten sowie materieller Sicherheit. Das Schrumpfen der familialen Netze wird dazu führen, daß für den einzelnen die Notwendigkeit steigt, sich eigenständig soziale Netze aufzubauen.

Für die sozialen Sicherungssysteme ergibt sich aus den Veränderungen der Familien- und Verwandtschaftsstrukturen, daß zum einen der Anteil der Menschen, die im Alter — und damit im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit — auf keine Kinder zurückgreifen können, deutlich steigen wird. Eine steigende Nachfrage nach einem differenzierten Angebot an staatlichen und/oder privaten Dienstleistungen ist zu erwarten. Zum anderen werden aber auch die potentiellen Helfer ein sie unterstützendes Beratungs- und Betreuungsangebot benötigen, um weiterhin ihren Anteil an familialer Pflege leisten zu können.

Gleichzeitig wird der Singularisierungstrend von einem Pluralisierungstrend der Lebensformen begleitet. Zurückgehende Heirats- und Geburtenzahlen und steigende Scheidungszahlen heißen jedoch nicht, daß die Menschen zukünftig alleine leben werden. Partnerschaft wird auch in der Zukunft ein wichtiger Lebenswert bleiben. Vielmehr wird die Zahl nichtehelicher Lebensgemeinschaften, der Verheirateten ohne

Kinder, der Verheiratet-Getrennt-Zusammenlebenden (im Englischen: living-apart-together) und der Alleinerziehenden weiter zunehmen. Verschiedene familiale und außerfamiliale Lebensformen werden sich vermutlich im Lebenslauf wechselseitig ablösen. Die Pluralisierung der Lebensformen erstreckt sich daher zunehmend über den gesamten Lebenslauf. So werden beispielsweise das nichteheliche Zusammenleben auch im Alter an Attraktivität gewinnen, die Scheidungszahlen auch im höheren Alter weiter steigen und die Wiederverheiratungsbereitschaft weiter zurückgehen. Schwierig ist es einzuschätzen, welche Hilfeleistungen nichteheliche Partner bereit sein werden, füreinander zu erbringen. Ein Lebensabschnittsgefährte bzw. eine Lebensabschnittsgefährtin könnte hierzu weniger bereit sein, als Partner einer auf Dauer angelegten ehelichen oder unehelichen Gemeinschaft. Vermutlich wird es jedoch weniger von dem Faktum verheiratet oder nicht abhängen, sondern von der Qualität und der Zufriedenheit mit der Beziehung sowie von dem Beziehungsverständnis, ob sich Paare auch im Alter helfen und zusammen bleiben werden oder sich trennen. Diese Prozesse werden nicht gleichförmig verlaufen. Es sind kohorten-, geschlechts-, schicht- und bildungsspezifische Effekte zu erwarten, die gleichfalls regional unterschiedlich auftreten. Denn die Pluralisierung der Lebensformen und die zunehmende Singularisierung ereignet sich bisher überwiegend in den großstädtischen Regionen und wird sich nur allmählich auf ländliche Gegenden ausbreiten.

All dies wird in der Konsequenz dazu führen, daß sich die Lebensverläufe und die Lebenslagen weiter differenzieren werden. Bisherige Risikogruppen, wie Arbeitslose, Alleinerziehende, Geschiedene, Verwitwete und hier wiederum insbesondere Frauen, werden auch zukünftig zu den Risikogruppen gehören, wenn ihre soziale Absicherung weiterhin aus abgeleiteten Ansprüchen der Männer herrührt, sie im Falle der Geburt von Kindern weiterhin allein das Arbeitsmarktrisiko tragen, familiale Erziehungs- und Pflegeleistungen weiterhin so wenig rentenrechtliche Anerkennung finden und nicht die Möglichkeiten für die Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbstätigkeit für Männer und Frauen deutlich verbessert werden. Daß Frauen zunehmend weniger bereit sind, beispielsweise das Arbeitsmarktrisiko alleine zu tragen und daraus resultierende Benachteiligungen in Kauf zu nehmen, ist aus der Tatsache ersichtlich, daß immer mehr Frauen (insbesondere hochqualifizierte) zeitlebens kinderlos bleiben.

In den neuen Bundesländern führte der Transformationsprozeß zu — gerade für Frauen — bisher nicht gekannten gravierenden Benachteiligungen. Die massive Verunsicherung und Beeinträchtigung der Befindlichkeit der Menschen in den neuen Bundesländern ist in ihrer zukünftigen Wirkung heute nicht abzuschätzen. Sie ist aber mit Blick auf das soziale Klima von heute und morgen ernst zu nehmen und, um die Akzeptanz des Sozialstaates zu sichern, dringend zu beheben. Auch ist schwer abzuschätzen, wie sich das Wanderungsverhalten auf die künftige Gestaltung der familialen Beziehungen auswirkt. Die heute verstärkte Abwanderung der jüngeren Familienmitglieder führt in diesen Familien zu erheblichen

Veränderungen des Zusammenlebens, beispielsweise der Gestaltung der Freizeit, der Teilung der Aufgaben, der Kommunikation usw. Wie dies von den Familien verarbeitet wird, wie auch die biographischen Brüche auf das Interesse am Austausch von Lebenserfahrungen und historischen Erfahrungen zwischen den Generationen einwirken, ist nicht vorhersagbar, eine begleitende Forschung — die sich dieser möglichen Probleme annimmt — um so dringlicher.

2.3 Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Wie die bisherigen Ausführungen zu den Familienstrukturen deutlich gemacht haben, ist es schwierig, von „der Familie“ zu sprechen, denn Familien unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Anzahl der Familienmitglieder, der sozio-ökonomischen Verhältnisse und der Art des Zusammenlebens, sondern auch hinsichtlich der Phase des Familienzyklus, innerhalb derer sie sich gerade befinden. Im Lebensplan des einzelnen und innerhalb des Familienzyklus können Familientätigkeit und Erwerbstätigkeit daher einen je unterschiedlichen Stellenwert einnehmen. Familienleben und Erwerbsleben sind zwar zwei zentrale Lebensbereiche von Frauen und Männern, jedoch sind diese keineswegs spannungsfrei miteinander vereinbar und — seit der Wiedervereinigung — gerade nicht mehr in den neuen Bundesländern. Im Gegenteil, das Verhältnis ist durch verschiedene Rollenkonflikte und gegensätzliche -anforderungen bzw. -erwartungen geprägt.

Verschiedene familiäre Schlüsselsituationen führen dazu, daß die Verteilung zwischen familialen und beruflichen Aufgaben möglicherweise neu bestimmt wird: Die Geburt des ersten Kindes oder weiterer Kinder, die Einschulung des/der Kindes/Kinder, schwere Krankheiten oder auch Pflegebedürftigkeit von Familienangehörigen. Oft stellen solche Situationen Männer und Frauen vor ein Entscheidungs-dilemma. Denn in der Realität bedeutet die Entscheidung für die Familie einen teilweisen oder auch vollständigen Rückzug aus der Berufstätigkeit, insbesondere bei Müttern oder umgekehrt einen teilweisen oder fast vollständigen Rückzug von Familientätigkeiten, insbesondere bei Vätern. Hervorzuheben ist, daß Großeltern bei der Verbindung von Familien- und Berufstätigkeit eine wesentliche Bedeutung zukommt, da sie oft Aufgaben im Haushalt und bei der Kinderbetreuung übernehmen und damit Müttererwerbstätigkeit vielfach ermöglichen helfen.

Daß jedoch berufliche und familiäre Aufgaben miteinander vereinbar sind, wenn man gesellschaftlich bereit ist, in ein breit gefächertes Netz von aufeinander abgestimmten familienpolitischen Maßnahmen zu investieren, beweisen die hohen Beschäftigungsquoten von Müttern in der DDR und in den skandinavischen Ländern (z. B. Schweden). Ein „durchgängiger“ Erwerbsverlauf von Müttern war bzw. ist dort die Regel (Ott/Wagner, 1992). Deutschland, als eines der reichsten Länder der Welt, nimmt hier innerhalb Europas einen der letzten Ränge ein. Wie in Kapitel 3

„Wirtschaft und Arbeitsmarkt“ noch näher ausgeführt wird, ist jedoch aus demographischen Gründen auf dem Arbeitsmarkt von morgen die Steigerung der Frauen- bzw. Müttererwerbstätigkeit notwendig und wäre in mittlerer und längerfristiger Sicht zur Bewältigung der demographisch bedingten Finanzierungsprobleme in der Alterssicherung von erheblichem Vorteil (vgl. hierzu Kapitel 4 „Materielle Situation“).

Die Vereinbarkeitsproblematik ist nicht neu, und in der Literatur werden die verschiedenen Probleme schon jahrelang kontrovers diskutiert. Trotz einer Vielzahl von Lösungsvorschlägen, die ebenfalls nicht neu sind, sind die Probleme mehr oder weniger die gleichen geblieben. Obwohl in den letzten drei Jahrzehnten die Erwerbsbeteiligung von Frauen deutlich gestiegen ist und sich ihr Bildungs- und Ausbildungsniveau dem der Männer mehr und mehr angeglichen hat, blieb die berufliche Segregation, d. h. die Aufteilung in einen eher „männlichen“ und einen eher „weiblichen“ Arbeitsmarkt bestehen, mit zum Teil deutlich unterschiedlicher Bezahlung (Engelbrech, 1991). Gleichfalls sind es immer noch fast ausnahmslos die Frauen, die wegen der Kindererziehung und -pflege bzw. Familienpflege ihre Berufstätigkeit unterbrechen. Als Berufsrückkehrerinnen sind sie dann bei der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit erneut mit verschiedenen Schwierigkeiten konfrontiert. Damit tragen sie einseitig das Arbeitsmarktrisiko. Die Wünsche der Betroffenen sehen jedoch anders aus.

2.3.1 Wünsche und Bedürfnisse der Frauen

Wie bereits angesprochen, hat die Phase des Familienzyklus einen erheblichen Einfluß auf die Wünsche zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Direkt nach der Geburt eines Kindes wollen 80 v. H. der Frauen in den alten Bundesländern zunächst nicht erwerbstätig sein, planen aber entweder nach dem Erziehungsurlaub oder dann, wenn das Kind in den Kindergarten gehen kann, eine Berufsrückkehr (Bundesministerium für Familie und Senioren [BMFuS], 1992). Von ihnen wünschen sich 60 v. H. eine Teilzeitarbeit, etwa ein Fünftel eine geringfügige Beschäftigung und 7 v. H. Vollzeitarbeit. Hier zeigen Frauen in den neuen Bundesländern, geprägt durch eine andere Sozialisation, andere Wünsche. Sie wollen nur zu 3 v. H. ständig Hausfrau bleiben, 50 v. H. planen eine baldige Berufsrückkehr und 46 v. H. befürworten eine Unterbrechung der Berufstätigkeit für eine längere aber begrenzte Zeit (Schröter, 1992). Die Gründe für die Berufsrückkehr bei den Frauen sind vielfältig, können aber für die alten und neuen Bundesländer im Zusammenhang mit dem steigenden Bildungsniveau und Wertewandel, in Richtung auf mehr Selbstverwirklichung und Eigenständigkeit gesehen werden. Festzuhalten ist hier, daß Selbstverwirklichung in den neuen Bundesländern stärker mit der Familie erfolgte (bei allen den damit verbundenen Konflikten), in den alten Bundesländern zunehmend unter Verzicht auf Familie.

Für 70 v. H. der Frauen, die wieder arbeiten wollen, ist die Berufstätigkeit ein wichtiger eigenständiger Lebensinhalt. Sie vermissen die Kontakte, die sie am Arbeitsplatz hatten, fühlen sich durch die Familientätigkeit nicht ausgefüllt und wollen die Unabhängigkeit, die mit der Berufstätigkeit verbunden war, nicht aufgeben. Nach Vorschlägen zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbstätigkeit gefragt, äußerten die Frauen in den alten Bundesländern folgende Wunschhierarchie: Mit 82 v. H. wurden qualifizierte und finanziell attraktive Teilzeitarbeitsplätze genannt, 64 v. H. wünschen sich betriebseigene Kindergärten und Krippen und ebenfalls 64 v. H. äußerten, daß bei Krankheit des Kindes mehr als bisher gesetzlich vorgeschriebene Tage frei gegeben werden sollten. In bezug auf ihre Partner wünschen sich junge Frauen mehr Unterstützung bei der Hausarbeit und der Kindererziehung, gerade wenn sie selbst wieder berufstätig werden. Sie äußern sich unzufrieden darüber, daß es nach der Geburt des Kindes zu einer deutlichen Traditionalisierung der familialen Aufgabenverteilung kam.

Probleme der Vereinbarkeit von Familien- und Berufstätigkeit betreffen auch in hohem Maße Familien, die kranke und/oder hilfebedürftige Familienangehörige betreuen bzw. pflegen. Das Vereinbarkeitsproblem ist also nicht nur ein Problem der „jüngeren Familien“, sondern auch der „älteren Familien“, obwohl es in der Literatur bisher so nicht diskutiert wird. Aktuelle Untersuchungen zeigen, daß Familienpflege auch heute noch fast ausschließlich Frauenpflege ist. Zwar vollziehen sich bei den jüngeren Frauen zunehmend Umbrüche innerhalb des Lebenslaufs. Die Realität der heute „älteren Frauen“ ist jedoch noch durch eine stärkere Familienorientierung geprägt. Heute sind 46 v. H. der Hauptpflegepersonen, die eine Person mit regelmäßigem Pflegebedarf im Haushalt betreuen, nicht erwerbstätig, 19 v. H. haben ihre Erwerbstätigkeit fortgesetzt, 11 v. H. haben diese eingeschränkt und 13 v. H. haben sie unmittelbar aufgegeben (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 a). Hinzugefügt werden muß, daß die hohe Anzahl der nicht erwerbstätigen Pflegepersonen auch mit deren fortgeschrittenem Alter zusammenhängt (vgl. Tabelle 38).

Mit steigendem Pflegebedarf, so wurde festgestellt, nimmt der Anteil derer, die ihre Berufstätigkeit aufgeben, deutlich zu. So haben bei ständigem Pflegebedarf 27 v. H. ihre Berufstätigkeit aufgegeben, 12 v. H. haben sie eingeschränkt und 7 v. H. konnten sie unverändert fortsetzen. Diese Zahlen verdeutlichen, wie schwierig es ist, bestimmte belastende familiäre Situationen mit Berufstätigkeit zu verbinden. Die Beschränkung auf ausschließliche familiäre und pflegerische Aufgaben bleibt häufig nicht ohne negative Wirkung auf das Wohlbefinden der Pflegeperson und die Beziehung zur zu pflegenden Person. Frauen, die neben der Pflege noch außerhäusliche Aufgaben wahrnehmen (Erwerbstätigkeit oder ehrenamtliche Tätigkeiten), sind nach Forschungsergebnissen mit ihrer Lebenssituation zufriedener als Frauen, die keinen außerhäuslichen Aufgabenbereich haben (Lehr, 1987).

Tabelle 38

Hauptpflegepersonen in Privathaushalten nach eigenem Alter (1992)

Hauptpflegeperson	Personen mit Pflegebedarf	Personen mit Hilfebedarf
	in %	
Unter 18 Jahre	—	—
18—29 Jahre	2	4
30—44 Jahre	17	16
45—64 Jahre	49	47
65—74 Jahre	21	19
75 Jahre und älter	10	11
Keine Angabe	1	2

Quelle: Hilfe und Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 20.2, 1993, 139

Für alle Generationen kann zusammenfassend festgehalten werden, daß die Zufriedenheit mit der Lebenssituation entscheidend davon abhängt, ob die Aufgaben freiwillig erbracht werden bzw. ob sie gegebenenfalls zwischen beiden Aufgabenbereichen wählen konnten. Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Lebensbereichen und Wahlmöglichkeiten bzw. Wahlfreiheit sind daher eine notwendige Voraussetzung für eine größere Zufriedenheit mit der Lebenssituation.

2.3.2 Wünsche und Bedürfnisse der Männer

Bisher wurde die „Vereinbarkeitsdiskussion“ von Familie und Beruf in der Literatur vorwiegend in bezug auf die besondere Situation von Frauen geführt. Erkenntnisse zu der Situation von Männern sind daher vergleichsweise unterrepräsentiert und explizite Ergebnisse aus den neuen Bundesländern sind hierzu nicht bekannt. In der bereits erwähnten Studie vom BMFuS äußerten die Männer als Gestaltungsvorschläge für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf folgende Prioritätenliste: An erster Stelle wurden hier mit 68 v. H. flexible Arbeitszeiten und qualifizierte Teilzeitarbeitsplätze genannt, gefolgt von mehr freien Tagen bei Krankheit des Kindes mit 56 v. H., mehr betriebseigenen Krippen und Kindergartenplätzen mit 43 v. H. und frei wählbarem Erziehungsurlaub mit ebenfalls 43 v. H.

Bei einem Vergleich der Gewichtungen der Antworten von Männern und Frauen fällt zunächst auf, daß bei den Frauen insgesamt bei allen Antwortmöglichkeiten deutlich mehr Nennungen gemacht wurden, als bei den Männern. Inhaltlich lag bei den Frauen ein stärkeres Gewicht auf mehr Teilzeitangeboten, bei Männern eher bei flexiblen Arbeitszeiten. Es liegt daher der Schluß nahe, daß Frauen sich mehr als Männer wünschen, familiäre und berufliche Tätigkeiten zu vereinbaren. Einer Verhaltensänderung der Männer dürfte sowohl Konkurrenzverhalten um die

Arbeitsplätze entgegen stehen sowie die Angst vor dem Verlust bisheriger Privilegien (Bäcker/Stolz-Willig, 1994). Bleibt die Berufsunterbrechung wegen der Erziehung der Kinder weiterhin ein Arbeitsmarktrisiko für Frauen, dann müssen Männer nicht damit rechnen, mit Frauen um Arbeitsplätze zu konkurrieren und sie behalten hierdurch ihren Arbeitsmarktvorteil.

Entscheidend für die familiäre und außerfamiliäre Aufgabenverteilung sind ferner die verschiedenen Partnerschaftsformen und -vorstellungen. Männer mit einem eher traditionellen Rollenverständnis äußern, nach neuesten Untersuchungen, im Unternehmen nicht offen ihren Wunsch nach einer familiengerechteren Gestaltung der Arbeit oder der Arbeitszeit. Dies geschieht aus der Angst heraus, als nicht hinreichend betriebsorientiert zu gelten (Hosemann et al., 1992). Als überwiegend alleinige „Familienernährer“ verspüren sie einen erheblichen Leistungsdruck, sowohl gegenüber der Familie als auch gegenüber den Unternehmen, der sich in einem starken Arbeitseinsatz äußert. Vom Unternehmen (womit oft eigentlich der direkte Vorgesetzte gemeint ist) erhofft man sich, daß die berufliche Leistung durch flexiblere Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung honoriert wird, ohne daß man dies explizit äußert. Männer mit einem eher modernen Rollenverständnis artikulieren ihre Bedürfnisse offener im Unternehmen. Sie vermissen für ihr starkes berufliches Engagement einen flexiblen Zeitausgleich, der sich an den familialen Erfordernissen orientieren sollte. Wenn die Partnerin ebenfalls berufstätig ist, wird von diesen Männern auch der Wunsch nach betrieblichen Betreuungsangeboten und qualifizierten Teilzeitarbeitsplätzen geäußert. Wichtig ist auch hier die Rolle des Vorgesetzten. Von ihm erhofft man sich ein stärkeres Verständnis und Akzeptanz für familiales Engagement, ohne daß dies als berufliches Desinteresse ausgelegt wird.

Zusammenfassend scheinen die Ergebnisse darauf hinzuweisen, daß eher die jüngeren Männer mit einem moderneren bzw. gleichwertigeren Rollenverständnis in der Partnerschaft ihre Wünsche formulieren, wenn sie eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen von Familie und Beruf erleben. Das Arbeitsumfeld bzw. verständnisvolle Vorgesetzte und Arbeitskollegen spielen für die Formulierung der Bedürfnisse eine wichtige Rolle. Insgesamt scheint in der Arbeitswelt noch stark ein traditionelles Rollenverständnis über berufliche und familiäre Aufgabenverteilungen vorzuliegen (doch entspricht dies nicht mehr der familialen Realität), das es Männern schwerer macht als Frauen, ihre Bedürfnisse zu äußern.

2.3.3 Bedingungen zur Realisierung

2.3.3.1 In den Familien

Die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und jungen Müttern ging nicht mit einer Entlastung von familialen Aufgaben einher. Seit Jahren bestätigen unterschiedliche Untersuchungen immer wieder, daß sich die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung zwar von seiten der Frauen ändert, weil diese mehr auf den

Arbeitsmarkt „drängen“, jedoch „drängen“ umgekehrt die Männer nicht in die Familie. Für eine große Mehrheit der Männer und Väter ist offensichtlich immer noch ein Erwerbs- und Familienmodell attraktiv, bei dem sie sich eher den Strukturen und Zwängen bisheriger Erwerbs- und Karrieremuster unterwerfen und die Rolle des alleinigen Familienernährers übernehmen, als mehr Zeit mit ihren Kindern und Haushaltsaufgaben zu verbringen (Bäcker/Stolz-Willig, 1994). Die Übernahme von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten hängt auch nicht primär von der Belastung der Frau ab, sondern von der der Männer. Denn: „... stark beruflich belastete Frauen werden nicht eher von ihren Männern entlastet“ (Nauck, 1985). Ferner nimmt nach der Geburt des Kindes die Hilfe des Mannes bei häuslichen Tätigkeiten sogar ab. Zwar nehmen sich die „neuen Väter“ deutlich mehr Zeit für die Kinder, worin ein Bedeutungswandel und ein emotionales Sich-Einlassen auf die Kinder deutlich wird. Weitestgehend unberührt davon bleiben hauswirtschaftliche Tätigkeiten.

Je nach Partnerschaftsverständnis lassen sich allerdings erste Aufweichtendenzen erkennen, die eine deutliche Schichtspezifität zeigen. An der Aufgabenteilung und dem geschlechtsspezifischen Rollenverhalten scheint sich nur dann etwas zu ändern, wenn Männer — durch Teilzeitarbeit oder vorübergehende Aufgabe der Erwerbstätigkeit — tatsächlich Hausarbeit und Kindererziehung mit übernehmen (Prenzel/Stümpel, 1988). Dies ist jedoch heute noch äußerst selten (1 v. H. der erwerbstätigen Männer nehmen Erziehungsurlaub in Anspruch; in Schweden, mit einer flankierenden Einkommensersatzleistung, gehen demgegenüber 12 v. H. in den Erziehungsurlaub). Hausmänner und teilzeiterwerbstätige Väter haben in Deutschland ein überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau. Zudem sind sie finanziell gut abgesichert, was ihnen die Entscheidung deutlich erleichtert.

Was muß sich also in den Familien tun, damit sich Familientätigkeit und Berufstätigkeit besser miteinander vereinbaren lassen? Vereinbarkeit von Familie und Beruf muß zu einem gemeinsamen Anliegen von Frauen und Männern werden. Hier sind die Männer gefordert, ihr bisheriges Rollenverhalten mehr zu hinterfragen — aber auch die Frauen, die durch eine zum Teil ambivalente Haltung, Männer in ihrem berufsorientierten Verhalten bestärken. Wesentliche, die Frauen entlastende Veränderungen sind nur zu erwarten, wenn Männer ihre Berufstätigkeit reduzieren oder vorübergehend einstellen und selbst Haushalts- und Erziehungsaufgaben übernehmen, wenn sich also im Ergebnis die Berufsarbeitsbelastung von Männern und Frauen angleicht. Daß Männer ihre Berufstätigkeit kaum unterbrechen, liegt sowohl an einem mangelnden Willen und an den finanziellen Einbußen, die Familien dadurch erleiden würden (denn in der Realität haben die Männer ein höheres Einkommen als die Frauen), als auch an sich schwerfällig ändernden gesellschaftlichen Leitbildern, denn gesellschaftliche Anerkennung erhält man überwiegend über beruflichen Erfolg, wenig über Haushalts- und Familienaufgaben. Den gesellschaftlichen Leitbildern könnte beispielsweise durch die Umsetzung flexibler Arbeitszeitmodelle und die Umorganisation

der Arbeitszeit, die an familialen Zeitbedarfen orientiert wird, auf die „Sprünge“ geholfen werden. Darüber hinaus könnten Bundesbehörden und insbesondere der öffentliche Dienst beispielsweise in der Förderung von qualifizierten Teilzeitangeboten auch für Männer eine Vorbildfunktion einnehmen.

2.3.3.2 In der Arbeitswelt

Aufgrund der Tatsache, daß sich die Erwerbsbeteiligung von Frauen und insbesondere die von Müttern stark verändert hat, drängen diese heute häufiger und früher wieder auf den Arbeitsmarkt. Die veränderten familialen Rollenvorstellungen wirken sich daher zunehmend auf die Arbeitsorganisation in den Unternehmen aus. Von Frauen noch mehr als von Männern werden gefordert:

- qualifizierte Teilzeitarbeitsplätze,
- flexible Arbeitszeiten,
- mehr (betriebliche) Kinderbetreuungseinrichtungen, die auf die Arbeitszeiten besser abgestimmt sind,
- mehr Freistellungstage bei Krankheit des Kindes oder zu betreuenden Familienangehörigen,
- flexible Möglichkeiten zur Reduzierung der Arbeitszeit aus familialen Gründen,
- mehr Angebote zur Wiedereingliederung in das Berufsleben.

Als Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf hat für männliche Mitarbeiter die Wahrnehmung und Akzeptanz ihrer familialen Bezüge und das Verständnis des Vorgesetzten bei familialen Belastungssituationen eine besondere Bedeutung. Männer müssen sich wegen der Übernahme familialer Aufgaben mehr rechtfertigen als Frauen. Ob ein Unternehmen als familienfreundlich erlebt wird, hängt nur zum Teil von den tatsächlichen familienorientierten Angeboten ab. Es ist vielmehr die Gestaltung und Interpretation der betrieblichen Regelungen durch den Vorgesetzten, die die Erfahrungen der Mitarbeiter und das Image des Unternehmens prägen. Insofern ist es wichtig:

- eine Gesprächskultur zu entwickeln, die es erlaubt, familiale Themen oder Probleme nach Bedarf anzusprechen,
- ein Arbeitsklima im Kollegenkreis zu schaffen, in dem verständnisvoll auf familiale Bedürfnisse reagiert wird,
- dem einzelnen Möglichkeiten zu schaffen, um in familialen Belastungssituationen adäquat reagieren zu können; dabei wären verschiedene Arbeitszeitregelungen (Gleitzeitregelungen, Freizeitausgleich mit gegebenenfalls Mehrarbeit an anderer Stelle und Jahresarbeitszeitmodelle) zu prüfen.

Da die Teilhabe von Frauen am Erwerbsleben nicht durch eine bedarfsdeckende soziale Infrastruktur i. S. einer Vollversorgung von Kindern und Pflegebedürftigen flankiert werden kann und dies auch von vielen Betroffenen nicht gewünscht wird, bedarf es

weiterer flexibler arbeitszeitlicher und organisatorischer Regelungen in der Arbeitswelt, die die außerbetrieblichen, beruflichen und familialen Zeitbedarfe berücksichtigen und stützen. Gefordert sind daher tarifliche wie arbeitsrechtliche Optionsregelungen einer Gestaltung von Unterbrechung, Dauer, Lage und Verteilung von Arbeitszeit, ohne daß es zu einer Gefährdung der sozialen Sicherung kommt, die für beide, für Männer und Frauen gleichermaßen, greifen müssen.

2.3.4 Zusammenfassung zukünftiger Tendenzen

Im Zuge zunehmender Verbesserungen des Bildungsniveaus und stärkerer Berufsorientierung entwickeln junge Frauen immer mehr Lebenspläne, bei denen sie Teilhabe am Beruf und damit einen eigenständigen Status und Familie miteinander vereinbaren wollen. Mit dem demographischen Wandel wird es zukünftig und langfristig ein rückläufiges Arbeitskräfteangebot an gut qualifizierten Fachkräften geben. Gleichzeitig ist — aufgrund des technologischen Fortschritts und der weiteren Verbreitung hochwertiger Dienstleistungen für den Arbeitsmarkt von morgen — ein steigender Bedarf an qualifizierten Mitarbeitern zu erwarten (eine ausführliche Darstellung hierzu wird in Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“ vorgenommen). Vor diesem Hintergrund müssen die Unternehmen Konzepte zur Sicherung des qualitativen Personalbedarfs entwickeln. Maßnahmen, die helfen, Dequalifizierungsprozesse, beispielsweise im Zusammenhang mit familienbedingter Erwerbsunterbrechung zu verhindern, sind eine bedeutsame Möglichkeit, qualifizierte und motivierte Mitarbeiter an das Unternehmen zu binden (Klauder, 1993). Der Wettbewerb der Unternehmen um gute Arbeitskräfte wird langfristig den Zwang vergrößern, in der Personalpolitik mehr Rücksicht auf die besondere Situation von Frauen und Männern zu nehmen, die Kinder oder alte Eltern betreuen. Unternehmen werden den Wünschen von Frauen und Männern zur Verringerung ihres Rollenkonflikts mehr als bisher bei der Gestaltung der Arbeitszeit mit flexiblen Arbeitszeitmustern entgegenkommen müssen.

Unsicher ist allerdings, in welchem Umfang Frauen des 21. Jahrhunderts bereit sein werden, wegen pflegerischer familialer Aufgaben ihre Berufstätigkeit einzuschränken oder aufzugeben. Daß immer mehr Frauen, auch im Zusammenhang mit unsicherer werdenden Partnerschaften, ihre eigene Versorgung durch Erwerbstätigkeit sichern müssen und wollen, wird nicht ohne Auswirkungen auf die familialen Hilfe- und Betreuungsmuster bleiben. Möglicherweise werden auch hier gerade gut qualifizierte Frauen qualifizierte Teilzeittätigkeiten fordern sowie differenzierte Betreuungsangebote für pflegebedürftige Eltern, vielleicht auch betriebliche? Modelle, in denen durch Betriebsvereinbarungen den Mitarbeitern die Möglichkeit gegeben wird, aufgrund familialer Pflegeaufgaben die Berufstätigkeit zeitlich befristet zu unterbrechen (bei BASF zwei Jahre Sonderurlaub aus familialen Gründen mit teilweiser Kompensation der Einkommensverluste; bei Siemens Möglichkeit der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit für

ein Jahr mit Arbeitsplatzgarantie [Naegele/Reichert, 1994]), gibt es bisher nur wenige. Bei dem steigenden Anteil alter und gerade hochbetagter Menschen und gleichzeitig steigender Nachfrage nach Arbeitskräften von 2010 an, wird dann die Diskussion über die bessere Vereinbarkeit von Familien- und Berufstätigkeit stärker die Bedürfnisse pflegender Angehöriger berücksichtigen müssen. Vereinbarkeit von Familie und Beruf (oder Versöhnung von Familie und Beruf, wie dies neuerdings im Familienreport '94 zu lesen ist) ist ein Thema, das sich über verschiedene Phasen des Familienzyklus erstreckt und zukünftig in den späteren Familienphasen an Bedeutung gewinnen wird. Es ist ein Thema, dem sich Staat, Betriebe und Gewerkschaften gemeinsam annehmen müssen.

Eins zeichnet sich jedoch schon heute ab: Die mit der Industrialisierung entstandene traditionelle Rollenverteilung und Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen wird brüchiger. Bei zunehmender Erwerbsbeteiligung der Frauen und gleichzeitig überwiegender Zuständigkeit für familiäre Aufgaben in frühen und späten Phasen des Familienzyklus, werden die Beziehungen der Geschlechter schwieriger. Eine Gesellschaft, die Solidarität zwischen den Generationen fördern will, kann nicht mehr länger umhin, sich mehr um Solidarität zwischen den Geschlechtern zu kümmern. Zukünftig wird es verstärkt darum gehen müssen, Männern mehr Möglichkeiten zur Wahrnehmung familialer Aufgaben zu geben, auch in den „älteren Familien“. Das heißt auch, daß sich das Familienbild in der Arbeitswelt, das immer noch auf eine traditionelle Rollenverteilung fixiert ist, der zunehmenden Rollenaufweichung anpassen muß. Bedenklich dabei scheint, daß die Dynamik im Wandel der Geschlechterrollen recht einseitig von den Frauen ausgeht und die Männer sich deutlich schwerer tun, ihr erwerbsorientiertes Verhalten zu verändern bzw. dies auch weniger wollen. Vereinbarkeit von familialen und beruflichen Aufgaben in der Zukunft wird daher die Bereitschaft der Männer zu größerem Engagement in familialen Aufgaben stärken müssen. Ernst zu nehmen sind daher Stimmen, die neben einem Generationenkonflikt ebenfalls vor einem Geschlechterkonflikt warnen (Beck-Gernsheim, 1993 a), wenn nicht die geschlechterbezogene Aufgabenteilung in Familie und Arbeitswelt überwunden wird.

2.4 Generationenbeziehungen

Spricht man von Generationenbeziehungen, so kann damit verschiedenes gemeint sein. Der Begriff „Generation“ ist unterschiedlich besetzt. Zum einen wird darunter eine bestimmte Altersgruppe in der Gesellschaft verstanden, d. h. es wird eine „jüngere“, eine „mittlere“ und eine „ältere“ Generation unterschieden. Zum anderen wird der Begriff „Generation“ häufig auch im Sinne der Abfolge innerhalb der Familien benutzt. Hier stellen Kinder, Eltern, Großeltern, Urgroßeltern usw. die Generationen dar. Ein weiterer Generationenbegriff bezieht sich auf prägende Ereignisse für bestimmte Geburtsjahrgänge. Diese Gruppen werden dann unabhängig von ihrem jeweiligen Lebensalter als Generation bezeichnet

(streng genommen sind jedoch Kohorten gemeint). Beispiele hierfür sind die „68er Generation“ oder die „Nachkriegsgeneration“.

Will man die Qualität der Generationenbeziehungen untersuchen, so ist es wichtig, daß deutlich wird, welcher Generationenbegriff gemeint ist. Ein undifferenzierter Gebrauch kann zu erheblichen Fehlinterpretationen führen. So wird beispielsweise in Umfragen von vielen ein Gegensatz oder gar ein Konflikt zwischen den Generationen in der Gesellschaft gesehen (z. B. zwischen Erwerbstätigen und Rentnern), also bei einem Generationenbegriff, der sich auf Altersgruppen bezieht. Ein Generationenkonflikt (im Sinne von nachlassender oder verschwindender Solidarität) innerhalb der eigenen Familie wird jedoch von denselben Befragten mehrheitlich verneint und konnte durch Forschungsergebnisse bisher so auch nicht belegt werden.

2.4.1 Solidarität oder Konflikt zwischen den Generationen

Konflikte zwischen den Generationen innerhalb einer Familie waren schon immer ein wichtiges Thema von Wissenschaft, Literatur und Publizistik: Konflikt, gemeint als „Unverständnis“ der Älteren gegenüber den Jüngeren bzw. die „Undankbarkeit“ der Jüngeren gegenüber den Älteren. Die Entfremdung der Generationen innerhalb der Familie gilt gleichzeitig als Gefahr für die Gesellschaft, da die Familie weithin als wesentliche Institution betrachtet wird, ohne die eine Gesellschaftsordnung insgesamt nicht aufgebaut bzw. erhalten werden kann. Auf der anderen Seite gibt es für alle Epochen Belege dafür, daß die Solidarität bis hin zur Aufopferung groß war und ist. Auch heute ist unbestritten, daß Eltern enormes für ihre Kinder leisten, sowohl als persönliche Dienstleistungen als auch vom zeitlichen und finanziellen Aufwand her. Ebenso leisten Familienangehörige bei der Hilfe und Unterstützung für ihre älteren Angehörigen immer noch mehr als alle staatlichen, freigemeinnützigen und privaten Dienste zusammen. Heute wird das doppelte Volumen an familialen Pflegeleistungen im Vergleich zu den 50er Jahren geleistet.

Es gibt bislang noch keinerlei Hinweise darauf, daß die Bereitschaft zum solidarischen Verhalten innerhalb der Familie geringer wird. Insofern wird auch bei den künftigen mittleren und älteren Generationen davon auszugehen sein, daß der Wert der Familie an sich und deren Zusammenhalt positiv beurteilt werden. Jedoch sind die Einstellungen und die tatsächliche Umsetzung zweierlei. Soll Solidarität innerhalb der Familie gelebt werden, so kommt es neben dem Willen und Wunsch der Betroffenen auch entscheidend auf die Rahmenbedingungen an. Dazu gehören die Wirtschafts- bzw. Arbeitsmarktbedingungen und gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen ebenso wie die spezifischen familialen Unterstützungsleistungen, aber auch ganz entscheidend die Größe und Struktur des familialen Netzes. Hier sind größere Veränderungen in den nächsten Jahren zu erwarten.

2.4.2 Veränderte Verwandtschaftsstrukturen

Veränderungen im Prozeß der Familienbildung und die gestiegene Lebenserwartung haben dazu geführt, daß sich die Generationenzusammensetzung der Familie im Gegensatz zu früher deutlich gewandelt hat. Heute ist es keine Seltenheit mehr, daß Kinder ihre vier Großeltern und zum Teil auch zwei Urgroßeltern kennen und erleben. Die deutlich gestiegene Lebenserwartung hat auch dazu geführt, daß sich heute zwei Generationen einer Familie im Rentenalter befinden können. Vier- bis Fünf-Generationenfamilien, die jedoch nicht unter einem Dach wohnen, sind daher heute keine Ausnahme. Insbesondere nicht in den neuen Bundesländern, weil dort die ersten und weiteren Kinder deutlich früher geboren wurden, als in den alten Bundesländern. Doch dürfte das gleichzeitige Zusammenleben von fünf Generationen wieder seltener werden, wenn sich künftig der Generationenabstand (durch das weitere Hinausschieben der Geburt des ersten und weiterer Kinder in ein höheres Alter der Eltern) stärker erhöhen wird, als die fernere Lebenserwartung der älteren Generation (Lehr, 1988). Gleichfalls führt das veränderte Heirats- und Scheidungsverhalten zu einem größeren Anteil alleinstehender Menschen im Alter.

Hinzu kommt der Trend zu weniger Kindern, sowohl in Ehen als auch bei Ledigen (zwar steigen die Zahlen von nichtehelichen Geburten, sie kompensieren aber nicht den Geburtenrückgang). Faßt man beide Trends zusammen — höherer Ledigenanteil und höherer Anteil von Ehen, die gewollt oder ungewollt kinderlos bleiben — so läßt sich daraus ableiten, daß ein weitaus größerer Teil der älteren Menschen der Zukunft, im Vergleich zu heute, keine Kinder haben wird (in etwa ein Drittel, vgl. Abschnitt 2.2.2.1 Geburtenentwicklung). Während man bei der heute älteren und mittleren Altersgruppe durchaus davon sprechen kann, daß Kinder zu haben und Großeltern zu werden, „die Regel“ ist, gerade in den neuen Bundesländern, während keine Kinder zu haben und nicht Großeltern zu werden, die Ausnahme darstellt, wird dies nicht mehr für die kommenden älteren Generationen der Geburtsjahrgänge von 1955 an und noch stärker von 1970 an gelten (in den neuen Bundesländern erst von den Geburtsjahrgängen 1970 an). Allerdings werden „Regel“ und „Ausnahme“ sich auch nicht umkehren; aber vermutlich wird die Differenz zwischen den beiden Gruppen geringer.

Folglich könnten sich zwei „Lebensstile“ in der Gesellschaft herausbilden: Derjenige mit Kindern und derjenige ohne Kinder. Diese „Lebensstile“ könnten sich durch unterschiedliches Konsumverhalten, Ausstattung mit Prestigegütern und Prestigedienstleistungen (zum Beispiel Fernreisen), aber auch durch ein unterschiedliches Ausmaß an Freizeit- und gesellschaftlichen Aktivitäten unterscheiden. Vorstellbar ist, daß sich die Familien mit Kindern, bedingt durch ihre größere zeitliche Gebundenheit und stärkere finanzielle Belastung, in geringerem Maße für ihre eigenen Interessen öffentlich einsetzen und diese artikulieren können. Während früher die Familienpolitik etwa 80—90 v. H. der 30—40jährigen umfaßt hat, sind es heute schon deutlich weniger und zukünftig werden es noch weniger werden. Hieraus könnte

sich ein Akzeptanzproblem für die Familienpolitik ergeben, auf das gegebenenfalls politisch reagiert werden muß.

Die Anzahl der Kinder wird zusätzlich dadurch zurückgehen, daß die geburtenschwachen Jahrgänge mittlerweile in das Familiengründungsalter eintreten. Insofern werden grundsätzlich für die Erwachsenen die Möglichkeiten geringer, mit Kindern überhaupt in Kontakt zu kommen bzw. Kinder wahrzunehmen, mit all ihren Verhaltensweisen, Bedürfnissen und „typisch kindlichen Gewohnheiten“. Schon heute fällt vielen Mitteleuropäern die größere Präsenz von Kindern im öffentlichen Leben in anderen Ländern auf. Gleichfalls kommen auch die Kinder selber, bedingt durch die zurückgehenden Geschwisterzahlen, seltener mit anderen Kindern in Kontakt oder zum Teil erst mit fortgeschrittenem Alter. Auch für die Kinder heißt dies ein verändertes Aufwachsen und ein verändertes soziales Lernen, umgeben von weniger „gleichaltrigen Gefährten“ und mehr Erwachsenen. Das hat Vor- und Nachteile zugleich: Sie erleben seltener oder gar nicht die Geburt und das Heranwachsen eines Geschwisterkindes; sie brauchen nicht auf ein Geschwisterkind aufzupassen, können aber auch nicht mit ihm spielen; sie müssen nicht die Aufmerksamkeit, Zuneigung und materielle Zuwendungen der Eltern und von Verwandten teilen; sie haben aber auch keine Unterstützung bei der Durchsetzung ihrer kindlichen Interessen durch Geschwister innerhalb der Familie usw.

Eine geringere Kinderzahl auf der einen Seite und eine größere Instabilität der Ehen auf der anderen Seite führen über mehrere Generationen zu einer gleichzeitigen Verkleinerung und Verkomplizierung der verwandtschaftlichen Netzwerke. Ein extremes Beispiel soll dies verdeutlichen: Wenn zwei Einzelkinder heiraten und wiederum ein Kind bekommen, so ist dieses ein „Einzelenkel“, das zwar „exklusiv“ über zwei Eltern und vier Großeltern, möglicherweise auch noch mehrere Urgroßeltern verfügt, jedoch weder Geschwister noch Onkel und Tante, noch Cousinen und Cousins hat. Komplizierter wird ein solches familiales Netz durch Scheidung und gegebenenfalls Wiederheirat von Eltern bzw. Großeltern. Dabei treten zu den biologischen Eltern und Großeltern noch die „sozialen“ Eltern und Großeltern hinzu, wobei die Existenz dieser Familienangehörigen noch keine Aussagen über die Intensität oder Stabilität dieser Beziehungen zuläßt. Aus Untersuchungsergebnissen geht hervor, daß bei Scheidung der Beziehung zur Großmutter mütterlicherseits größere Bedeutung zukommt, als zur Großmutter väterlicherseits (Michel et al., 1988). Dies steht im Zusammenhang mit dem heute noch überwiegend von den Frauen wahrgenommenen Sorgerecht für die Kinder. Vermutet wird auch, daß zu den maternalen (mütterlichen) Traditionslinien eine engere Beziehung besteht (bedingt durch eine engere Beziehung zwischen Mutter und Tochter) als zu den paternalen (väterlichen) (Hagestad, 1987). Eine höhere Sterblichkeit der Männer (ab dem 50. Lebensjahr), die zu einem höheren Frauenanteil bei den älteren Menschen führt, mag für die größere Bedeutung der Großmütter mütterlicherseits ebenfalls von Bedeutung sein. Inwiefern die geschiedenen Väter zukünftig vermehrt zu einer Gruppe

gehören werden, die vergleichsweise seltener auf Hilfe von ihren Kindern zurückgreifen kann, wenn sie keine neuen partnerschaftlichen Bindungen eingehen und der Kontakt zu ihren Kindern abbricht, ist eine offene Frage.

Die familialen Netze werden auch mannigfaltiger. Durch unterschiedlich stark Einfluß nehmende Faktoren ist es z. B. jetzt schon der Fall, daß die familialen Konstellationen, in denen Kinder aufwachsen, stärker differieren, als dies für die heute älteren Generationen in der Jugend der Fall war. Galt für diese Generationen noch, daß das Zusammenwohnen mit den Eltern und Geschwistern die ganz überwiegende Familienkonstellation war, so ist diese Familienkonstellation hingegen heute eine Mehrheit unter wachsenden Minderheiten. Das bedeutet wiederum, daß Erfahrungen, die mit der eigenen Familienkonstellation in der Kindheit gesammelt wurden, nicht unbedingt auf die eigene Lebensbiographie übertragen werden und werden können.

2.4.3 Familienbeziehungen in späteren Phasen des Familienzyklus

Nicht nur die Struktur der Familien ändert sich im Lebenslauf, auch die Inhalte und die Art der Familienbeziehungen unterliegen Wandlungen. Die gegenwärtigen Beziehungen lassen sich wesentlich durch folgende Merkmale kennzeichnen:

- Resultierend aus dem auch von alten Menschen angestrebten Emanzipationsprozeß, sind heutige intergenerative Beziehungen überwiegend durch „Nähe auf Distanz“ gekennzeichnet. Eine Rückkehr zur Großfamilie, die häufig idealisiert und in ihrer Problemhaftigkeit unterschätzt wird, streben weder die jungen noch die alten Menschen an. Die Tatsache, daß ältere Menschen in den letzten Jahrzehnten in immer stärkerem Maße in eigenen Haushalten ohne ihre Kinder wohnen, ist auch auf den gestiegenen Wohlstand bzw. Lebensstandard, zumindest für einen Teil der Bevölkerung, zurückzuführen. Das separate Wohnen der Generationen läßt jedoch nicht den Schluß zu, daß das Leben in Ein-Personen-Haushalten zwangsläufig zu Einsamkeit führt. Denn aus der Haushaltsstatistik läßt sich nicht ablesen, wie weit die Haushalte der Generationen voneinander entfernt sind, schon gar nicht, welche Kontaktmuster in den Familien vorliegen. Wie in Kapitel 6 „Wohnen und Wohnumfeld“ noch deutlicher ausgeführt wird, wohnt der größere Teil der älteren Menschen in der Nähe ihrer Kinder oder sonstiger Verwandter. Die Wohnentfernung kann als eine entscheidende Voraussetzung dafür angesehen werden, daß tatkräftige praktische Hilfe und Unterstützung überhaupt wechselseitig erbracht werden kann; emotionale Unterstützung ist heute jedoch auch bei größeren Entfernungen über das Telefon möglich (Dieck, 1991).
- Von besonderer Bedeutung ist in den intergenerativen Beziehungen die Großeltern-Enkel-Beziehung. Je nach Wohnentfernung werden hier von den Großeltern noch sehr häufig Betreuungslei-

stungen übernommen und die jungen Familien finanziell erheblich unterstützt. Als wesentliche Bedeutung, die Enkel und Kinder für ältere Menschen haben, werden Vermittlung von Lebenserfahrung, Weiterleben in den Kindern, Kinder als Lebenssinn und Kinder als Sicherheit für das Alter genannt. Umgekehrt sind für Kinder die Großeltern mit fortschreitendem Alter als Vermittler traditioneller Fertigkeiten und einer umfassenden Lebenserfahrung wichtige Bezugspersonen, oft auch wichtige Vertrauenspersonen in persönlichen Angelegenheiten. Da die Großeltern von der unmittelbaren Erziehungsverantwortung befreit sind, können sie in der Großelternrolle großzügiger und wohlwollender auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen eingehen als die Eltern (Michel, 1992). Das gegenseitige Teilnehmen der Generationen am Leben der jeweils anderen bietet somit den Jüngeren die Chance, Brücken in die Vergangenheit zu schlagen und zum anderen erhalten die Älteren die Möglichkeit, an Veränderungen in Kultur und Technik eher teilzunehmen (Hagestad, 1987).

- Der „Lebenswert Familie“ verliert in den späten Familienphasen keinesfalls an Bedeutung. Das äußert sich auch in den Erwartungen der älteren wie jüngeren Familienmitglieder an familiäre Unterstützung in Krisensituationen. Der Anteil an alten, hilfebedürftigen Menschen, die in der Familie versorgt werden, ist in den alten und neuen Bundesländern in etwa gleich hoch, trotz eines über Jahrzehnte sehr unterschiedlichen gesellschaftlichen Umfeldes. Bei einer genaueren Betrachtung der Pflegesituation wird deutlich, daß es im wesentlichen die Eheleute, Kinder und Schwiegerkinder sind, die diese Leistungen mit großem Aufwand an Kraft und Zeit erbringen. Differenziert man weiter nach Geschlecht, sind es in der übergroßen Mehrheit die Frauen. In den alten Bundesländern sind von den Hauptpflegepersonen 82 v. H. Frauen, darunter an erster Stelle Töchter, dann Ehefrauen und Schwiegertöchter. 18 v. H. der Hauptpflegepersonen sind Männer, zumeist ältere Ehepartner. In den neuen Bundesländern sind 69 v. H. Frauen und 31 v. H. Männer. An erster Stelle stehen die Ehefrauen, an zweiter die Töchter und an dritter Stelle die Ehemänner und Söhne. In den neuen Bundesländern beteiligten sich die Männer also in einem deutlich stärkeren Umfang an der Übernahme familialer Pflegeleistungen als in den alten Bundesländern. Dies wird von Wissenschaftlern mit einer weniger starken geschlechtsspezifischen Rollenaufteilung in der Familie erklärt (Halsig, 1993). Häufig pflegen Familienangehörige alleine, ohne professionelle Helfer. Gerade in den neuen Bundesländern, geschieht dies — bedingt durch eine schlechtere Versorgung mit Hilfsmitteln und einer schlechteren Ausstattung der Räumlichkeiten — unter ungünstigen und belastenden Bedingungen. Vielfältige Beeinträchtigungen der Hauptpflegeperson selbst, ihrer eigenen psychischen und physischen Gesundheit, der Zeitgestaltung, der Lebensplanung usw. sind die Folge. Aus einer solchen Pflegesituation resultiert in der pflegenden Gene-

ration dann oft die Meinung, so etwas den eigenen Kindern nicht zumuten zu wollen. Doch werden nicht nur Pflegeleistungen erbracht; es sind auch vielfältige, aber weniger spektakuläre alltägliche Hilfen im Haushalt, beim Einkaufen, bei Behördengängen, bei Reparatur- und Renovierungsarbeiten oder beim Schriftverkehr. Hinzu kommen die besonders wichtigen emotionalen Unterstützungen, z. B. bei der Überwindung von schwerwiegenden Ereignissen wie Tod des Partners/der Partnerin, schweren Krankheiten, Unfällen usw. Zwar wird gerade in der Presse „medienwirksam“ immer wieder von der Abschiebung alter Menschen in Heime gesprochen. Doch ist dies so nicht richtig, denn unter denjenigen alten Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen betreut werden, ist, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppen, ein überdurchschnittlich hoher Anteil, der keinen Ehepartner und/oder Kinder hat.

- Familienbeziehungen umfassen auch in den späteren Familienphasen die Partnerbeziehung im Alter. Während in der Vergangenheit „Sexualität im Alter“ eher ein Tabu-Thema darstellte, gewinnen heute sowohl im Privatleben und in der öffentlichen Diskussion — im Zuge einer „Verjüngung des Alters“ und eines positiveren Altersbildes — Themen wie „Partnerschaft und Sexualität im Alter“ zunehmend mehr Aufmerksamkeit. Jedoch ist das sexuelle Verhalten im Alter sehr unterschiedlich ausgeprägt und sowohl von kulturellen Faktoren, der bisherigen Lebensbiographie als auch vom Gesundheitszustand bzw. der Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung abhängig.
- Gestörte Familienbeziehungen im Alter, die es natürlich immer schon gab und auch heute gibt, haben oft eine lange Vorgeschichte. Sie reichen teilweise bis in die Kindheit zurück, teilweise auch bis in die Phase, in der die Kinder erwachsen wurden und begannen, ihre Lebensentscheidungen selbst zu treffen (Partnerwahl, Berufswahl, Schwangerschaft usw.). Sie sind nicht einfach mit ein „bißchen gutem Willen“ wieder herzustellen. Es gibt zahlreiche Situationen, in denen es für beide Teile besser wäre, wenn eine Betreuung von einer außenstehenden Person vorgenommen würde. Häufig erfordert Pflege körperliche Kraft und entsprechende Fachkenntnisse, über die professionelle Helfer eher verfügen. Es gibt aber auch psychologische Konstellationen, die Pflege in der Familie unerträglich machen, z. B. unaufgelöste jahrelange Abhängigkeitsverhältnisse oder das Bedürfnis des Kindes, wenigstens am Lebensende die Zuneigung der Eltern zu bekommen, die ein Leben lang vermißt wurde. Neuere Forschungsergebnisse zeigen, daß diese belastende Form der Verantwortungsübernahme einer sogenannten „filialen Reife“ bedarf, d. h. der Überwindung der kindlichen Abhängigkeit bei gleichzeitiger Sicherheit über die emotionale Qualität der Beziehung (Schütze, 1993). Nicht zuletzt sind es häufig auch die objektiven Lebensumstände, wie finanzielle Situation oder Wohnbedingungen und Verpflichtungen, die die Pflegeperson z. B. eigenen Kindern oder dem Partner gegenüber hat, die eine Betreu-

ung zur Überforderung werden lassen. Es ist unrealistisch anzunehmen, daß sich Familienbeziehungen ausschließlich spontan, freiwillig und ohne Pflichten gestalten. Die Bereitschaft zur Übernahme von Hilfe und Pflege erfolgt bei Eltern und Kindern immer noch sowohl durch Pflichtgefühl und Abhängigkeit als auch durch Zuneigung und Dankbarkeit. Dabei mag im Einzelfall das eine oder andere überwiegen. Doch wird Zuneigung die Chance erhöhen und es allen Beteiligten erleichtern, Verantwortung zu übernehmen, wenn es die finanziellen und zeitlichen Mittel, die Wohnentfernung oder die Erwerbstätigkeit, die eigene Gesundheit und unterstützende soziale Dienste ermöglichen helfen.

In Extremfällen stellt sich in den neuen Bundesländern ein besonderes Problem dort, wo sich Familien durch die Teilung in den vergangenen 40 Jahren weitestgehend auseinandergeliebt haben, z. B. wenn Eltern in die Bundesrepublik übersiedelten, die Kinder bei den Großeltern in der DDR aufwuchsen und heute für die mittlerweile alten Eltern aufkommen sollen. Dies wird bei der laut BSHG (Bundessozialhilfegesetz) geforderten Familiensubsidarität zu wenig berücksichtigt.

- Familien können zu unterschiedlichsten Zeiten, innerhalb des Familienzyklus, mit dem Problem der Pflegebedürftigkeit konfrontiert werden. Pflegebedürftigkeit ist heute ein großer Schicksalsschlag — emotional, sozial und unter Umständen auch finanziell (Dieck, 1991). Betrachtet man verschiedene Altersspannen, dann können 20- bis 30jährige mit der Pflegebedürftigkeit ihrer Großmutter bzw. ihres Großvaters konfrontiert sein. In der Altersspanne von 30 bis 45 tritt zu der Pflegebedürftigkeit der Großmutter die der Schwiegereltern mit hinzu und in geringerem Maße auch bereits die des eigenen Vaters. In einer Lebensphase also, in der Frauen häufig wieder berufstätig sind oder werden wollen, in der die Kinder erwachsen werden und dennoch bei den Eltern wohnen oder das Elternhaus zwar verlassen, aber zum Teil finanziell und emotional doch noch der Unterstützung der Eltern bedürfen.

Von dem 45. Lebensjahr an spielt die Pflegebedürftigkeit der Großelterngeneration kaum noch eine Rolle; sie ist verstorben. Relevant wird zwischen 45 und 60 Jahren die Pflegebedürftigkeit der Mutter, der Schwiegermutter und des Vaters und Schwiegervaters. Von dem 60. Lebensjahr an bis zum 70. Lebensjahr kommt allmählich die Pflegebedürftigkeit der eigenen Ehefrau oder des Ehemannes hinzu. Bei den über 70jährigen ist es im wesentlichen noch die Pflegebedürftigkeit der Ehefrau/des Ehemannes, möglicherweise kommt dann auch die der Schwester oder des Bruders hinzu.

Diese Pflegenden gehören überwiegend einer Gruppe an, die selbst mit Problemen des eigenen Alterns belastet ist bzw. sein kann — beginnend mit den Frauen im mittleren Lebensalter — die selbst den Verlust der Jugend, die Großelternschaft, das Klimakterium zu verarbeiten haben. Oder die Pflegenden befinden sich in einer

Lebensphase, in der die Pensionierung Freiheit von Pflichten und unter Umständen neue Möglichkeiten der Zeitgestaltung ermöglicht. Gleichfalls können aber auch erste eigene körperliche Beeinträchtigungen auftreten. Was hier Pflege im Einzelfall bedeutet, welche Last sie darstellt, wie sie verkraftet wird oder ob sie unter Umständen auch positive Aspekte beinhaltet (z. B. eine tiefere emotionale Beziehung ermöglicht), hängt wesentlich von der Lebenssituation der oder des Pflegenden ab, von der Generationenfolge in der Familie, vom Heiratsalter und den Altersunterschieden zwischen den Verheirateten und der geschlechtsspezifischen Lebenserwartung. Zukünftig wird zunehmend der Umstand „vorhandene oder nicht vorhandene Kinder bzw. Lebenspartner“ relevant werden.

Deutlich wird, daß sich zumindest bei den „Spätgebärenden“, die in den letzten Jahren immer mehr zunehmen, Pflichten in der Kindererziehung und Pflichten der Betreuung alter Eltern überschneiden können bzw. sich unter Umständen zeitlich dicht ablösen. (In der Fachliteratur wird diese Gruppe als „Sandwich-Generation“ bezeichnet.) Kinderbetreuung und Betreuung alter Eltern sind jedoch zwei unterschiedliche Familienaufgaben mit zwei unterschiedlichen Perspektiven.

Bei der Kindererziehung ist die Zeit der intensiven Verpflichtung kalkulierbar und die Zukunft ist eher positiv besetzt, weil mit dem Alterwerden der Kinder die Freiräume für die Eltern wieder größer werden und die elterliche Verantwortung nachläßt bzw. endet. Bei der Betreuung alter Menschen ist der Werdegang kaum abschätzbar, die Dauer ungewiß und die Zukunft eher negativ besetzt, da der Zustand sich kaum verbessert sondern oftmals nur verschlechtert, bis zum Tode. Der mag als Erlösung erscheinen, aber er ist auch immer Verlust. Dies gilt auch bei schwieriger und kaum zu bewältigender Pflege, da zumindest die Aufgabe entfällt, wenn die Trauer nicht dem Verstorbenen gilt. Die Nicht-Kalkulierbarkeit der Zeitspanne ist für die oder den Pflegenden eine hervorzuhebende Belastung emotional wie auch in der Gestaltung des Alltags, der Berufstätigkeit oder der Aufgabe der Berufstätigkeit, der Freizeit, des Urlaubs usw. Sie ist bei der rentenrechtlichen Absicherung der oder des Pflegenden zu berücksichtigen.

2.4.4 Familiäre und soziale Beziehungen älterer Ausländer

Bevölkerungsprojektionen für die ausländische Wohnbevölkerung zeigen einen Anstieg des Anteils von Ausländerinnen und Ausländern im Alter von 60 Jahren und mehr an der Gesamtbevölkerung (vgl. Kapitel 1 „Demographischer Wandel: Die Daten und ihre Entwicklung bis 2030“). Immer mehr ältere Ausländer werden aus gesundheitlichen, familialen, sozialrechtlichen, kulturellen und anderen Gründen sowie wegen der in den Herkunftsländern stattgefundenen sozialen, politischen und kulturellen Verände-

rungen nicht mehr in ihre Heimat zurückkehren, also als „Fremde“ in Deutschland altern. Die höchsten Zuwachsraten sind bei den Nationalitätengruppen aus den sog. Hauptanwerbeländern (Italien, Spanien, Griechenland, ehemaliges Jugoslawien, Türkei) zu erwarten. Wenn es auch wenig Sinn macht, die älteren Ausländer hauptsächlich als ausgesprochene „Problemgruppe“ zu sehen, so ist jedoch eine gegenüber den deutschen Alten höhere Problembetroffenheit wahrscheinlich.

Weder hohe Zuwanderung noch eine vermehrte Rückkehr in die Herkunftsländer könnte den Alterungsprozeß der ausländischen Bevölkerung aufhalten. Vorstellbar ist jedoch, daß sich dieser Alterungsprozeß künftig noch durch eine Verschiebung der Wanderungsmuster beschleunigt. Schon heute läßt sich eine wachsende Stabilisierung von Lebensplänen ausländischer Familien in Richtung auf einen dauerhaften und endgültigen Aufenthalt in Deutschland nachweisen, die u. a. mit der politischen, ökonomischen und sozialen Destabilisierung in einem Teil der Herkunftsländer, den besseren medizinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland sowie mit dem wachsenden Wunsch der sehr jung hergekommenen oder hier geborenen Kinder, auf Dauer in Deutschland bleiben zu wollen, zusammenhängt. Nicht zuletzt läßt sich auch eine kulturelle Entfremdung mit der Dauer der Anwesenheit hier feststellen. Auch der forcierte Nachzug älterer Verwandter ist realistisch.

Hinsichtlich der familialen und sozialen Beziehungen heute älter werdender und älterer Ausländer ist nach dem derzeitigen Stand der Kenntnisse vor allem von folgenden Belastungsfaktoren auszugehen:

- Entfremdung zum Herkunftsland und zu dort lebenden Familienangehörigen durch langjährige Trennung;
- Normen- und Rollenkonflikte sowie Identitätsprobleme durch konfligierende (entgegengesetzte) Kultureinflüsse;
- Unvereinbarkeit der Lebensentwürfe und Zukunftspläne zwischen den Generationen und den Ehepartnern;
- Isolation durch Kontaktverluste infolge von Berufsaufgabe sowie Rückkehr und Tod von Bezugspersonen, die angesichts von Sprachbarrieren nur schwer kompensiert werden können; dies umso mehr, als sich die Kontakte und Aktivitäten älterer Ausländer in Deutschland in der Regel auf die Familie, den engeren Freundeskreis und ethnische Vereine beschränken. (Dietzel-Papakyriakou, 1990, 1993; Fabian/Straka, 1989; Bundesministerium für Arbeit, 1992; Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 c).

In besonderer Weise von den geschilderten Problemen betroffen sind Männer, da innerhalb der zugewanderten Ausländer der ersten Generation, vor allem bei den Türken, ein hoher Männerüberschuß vorherrscht. Darüber hinaus ist unter den älteren Ausländern heute ein überproportional hoher Anteil an Alleinstehenden (vor allem bei älteren Italienern) vertreten (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 c, 228).

Generell gilt es, zwischen den Lebensbedingungen der ersten Generation der Arbeitsimmigranten und der zweiten und den Nachfolgegenerationen zu unterscheiden. Eine zweite notwendige Differenzierungsebene ist die nach der ethnischen Zugehörigkeit. Bereits jetzt absehbar notwendig ist ebenfalls eine Angebotsdifferenzierung nach den Nationalitäten.

Hinsichtlich der Familienverhältnisse ist künftig zu vermuten, daß aufgrund der schwierigeren materiellen Bedingungen in ausländischen Familien, zu denen der Status als ethnische und kulturelle Minderheit hinzukommt, die Angehörigen einer Familie mehr aufeinander angewiesen sein werden. Familiäre Bindungen behalten folglich auch im Alter ihre hohe Bedeutung für ältere Migrantinnen und Migranten. Auch reichen Verwandtschaftsbeziehungen häufig weiter als bei der deutschen Bevölkerung und sind überdies anders strukturiert.

Dennoch scheinen künftige Konflikte zwischen den verschiedenen Generationen der in Deutschland lebenden Ausländerfamilien — insbesondere für den Fall von schwerwiegender Hilfe- und Pflegeabhängigkeit eines älteren Familienmitgliedes — vorprogrammiert. Während der ersten Generation das soziale und kulturelle Umfeld häufig fremd geblieben ist, gilt dies für die nachfolgenden schon nicht mehr. Kulturell vom Herkunftsland geprägte Erwartungen der Älteren können mit denen der kulturell bereits von Deutschland mitgeprägten Erwartungen und Einstellungen der Jüngeren in Konflikt geraten. Wenn nun die Generationen der Migrantenfamilien heute gegenseitig wichtige Ressourcen der Hilfe und Unterstützung sind, gleichsam über die spezifische Kultur geprägte Solidaritätspotentiale bilden, so gibt es wenig Grund, dies auch für die weitere Zukunft als unvermindert gegeben anzusehen und darauf bauen zu wollen.

In der ersten Generation wird überwiegend noch erwartet, im Falle von Krankheit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit Unterstützung von den Kindern zu erhalten. Fremde, insbesondere durch deutsche Institutionen der Altenhilfe geleistete Hilfe wird nicht abgefordert und auch nicht erwartet. Ob diese Muster auch für künftig nachrückende Ältere vorherrschen werden, ist angesichts der strukturellen Veränderungen in den Familienbeziehungen, von denen vor allem die ausländischen Familien mit hier in Deutschland geborenen und/oder aufwachsenden und/oder berufstätigen Kindern betroffen sind, zu bezweifeln. So ist durchaus anzunehmen, daß sich für die zweite und später auch für die dritte Generation — selbst bei hoher Unterstützungs- und Pflegebereitschaft — verstärkt wohnliche, räumliche, zeitliche und finanzielle Grenzen ergeben können, Pflege und Versorgung zu leisten. Zudem setzt der hohe Anteil Alleinstehender unter den hier lebenden älteren Ausländern der familialen Hilfe „natürliche“ Grenzen. Von daher ist abzusehen, daß auch viele Ausländerfamilien bald darauf angewiesen sein werden, organisierte und professionelle Dienste der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Anspruch zu nehmen. Dies gilt regional insbesondere dort, wo heute schon massiert Ausländer der

mittleren und älteren Generation leben, wie in den städtischen Ballungszentren.

Angesichts der erwähnten Grenzen innerfamiliärer Hilfenetze ist es künftig von besonderer Wichtigkeit, die vorhandenen familialen Hilfe- und Unterstützungspotentiale und die Unterstützungsfähigkeit der ausländischen Familien für ihre älteren Angehörigen zu erhalten und zu stärken. Hierzu sind die grundsätzlich für alle Bevölkerungsgruppen angebotenen öffentlichen Entlastungsmöglichkeiten materieller, praktischer und psycho-sozialer Art auch für die ausländischen pflegenden Familienangehörigen auszuschöpfen und z. B. durch spezifische Beratungs- und Informationsangebote zugänglich zu machen (Gaitanidis, 1993).

Darüber hinaus sollte die Einbindung älterer Migranten in außerfamiliäre, informelle Netzwerke gefördert werden, z. B. durch die Bereitstellung von Begegnungsmöglichkeiten. Altershomogene Gruppenbildung auf ethnischer Basis ist somit ein angemessenes Konzept zur Förderung eines positiven Alterserlebens in der Migration. Indem sie den älteren Migranten die Möglichkeit des Austausches mit Personen des gleichen Sprach- und Kulturkreis und ähnlichen Erfahrungshintergrund eröffnet, kann sie zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen und zur Entwicklung neuer Kommunikations- und Hilfeformen beitragen. Angesichts ihrer begrenzten Bezüge zur deutschen Umwelt muß eine auf ältere Migranten ausgerichtete Altenhilfe die ethnische Infrastruktur verstärkt mit einbeziehen. In diesem Zusammenhang sind die ethnischen Institutionen (z. B. Vereine, religiöse Gemeinschaften) als Quelle sozialer Unterstützung wahrzunehmen und zu fördern.

Es scheint, daß die etablierten (deutschen) Altenhilfestrukturen auf die wachsenden Bedarfslagen älterer Ausländer nicht zugeschnitten und dafür vermutlich auch nicht geeignet sind. Alternativ dazu ist eine Öffnung der Ausländerarbeit für Altersprobleme (und nicht umgekehrt der [deutsch-dominierten] Altenhilfe für Ausländerfragen) anzustreben. Kurzfristig bedarf es einer systematischen Vernetzung zwischen (deutscher) Altenhilfe und Ausländerarbeit. Die Ausländersozialdienste, als diejenige Versorgungsinstanz mit den unmittelbarsten Zugängen zu den jeweiligen ethnischen Milieus, könnten dabei eine wichtige Vermittlungsrolle zwischen den älteren Migranten und den Einrichtungen und Diensten des Altenhilfesystems übernehmen. Dies impliziert eine inhaltliche Weiterentwicklung der Arbeit der Ausländersozialdienste.

Um künftig eine bedarfsgerechte Versorgung für hilfe- und pflegeabhängige ältere Ausländer und für deren Familien zu gewährleisten, sind insgesamt solche Strategien erforderlich, die sich an der Lebens- und Alltagswelt der älteren Migranten orientieren und deren spezifischen Situation Rechnung tragen müßten. Ein Schritt dahin wäre, ausländische Fachkräfte für die Altenhilfe auszubilden und einzustellen. Kurzfristig sollten auch einheimische Fachkräfte einschließlich Pflegekräfte für den Umgang mit ausländischen Älteren qualifiziert werden.

Ein besonderer Handlungsbedarf besteht im Hinblick auf die stationäre Altersversorgung. Der Aufbau von

ethnischen Schwerpunkten in ausgewählten Altenheimen in Ballungszentren mit hohem Ausländeranteil mit entsprechend qualifiziertem Personal und spezifischen Angeboten könnte hier der ansonsten bereits vorprogrammierten sozialen und kulturellen Isolation ausländischer Heimbewohner vorbeugen.

2.4.5 Zusammenfassung zukünftiger Tendenzen

Setzen sich die geschilderten Veränderungstendenzen bei den Familien- und Verwandtschaftsstrukturen in der Zukunft fort, so läßt sich unschwer erkennen, daß es verstärkt Familien geben wird, in denen relativ viele Mitglieder der älteren Generationen relativ weniger der jüngeren Generationen gegenüberstehen werden. Grob gesagt bedeutet dies für die Quantität familialer Solidarität, daß auf der einen Seite die Hilfen, die Großeltern den Kindern und Enkelkindern geben, vermutlich stärker auf diese konzentriert werden könnten, im Rahmen von Kinderbetreuung oder auch in Form materieller Zuwendungen. Auf der anderen Seite wird das Familienleben sich in diesen Fällen insofern umstrukturieren, als daß insgesamt weniger Menschen auch im erweiterten Verwandtschaftskreis zu finden sind. Das mag zu einem stärkeren Zusammenhalt führen, gleichzeitig sind jedoch Konflikte bedeutsamer, da im Familienkreis relativ weniger Alternativen für Kontakte vorhanden sind.

In solchen schrumpfenden familialen Netzen wird es auch weniger Familienfeiern geben, und die Aktivitäten mit Kindern werden weniger — auch in der Freizeit oder beispielsweise in den Ferien. Überspitzt gesagt: In einer „Einzelenkel-Familie“ (wie oben geschildert) sind die einzigen großen Familienfeiern die Silberne Hochzeit der Eltern und die Goldene Hochzeit der Großeltern. Hochzeiten oder Kindstauen im erweiterten Verwandtschaftskreis gibt es nicht, da die Verwandten nicht existieren. Ein kleineres Verwandtschaftsnetz bedeutet auch, daß vermutlich die Verwandtschaftshilfen z. B. im handwerklichen Bereich abnehmen werden. Diese Dienstleistungen müssen dann professionell erbracht bzw. eingekauft werden, wenn nicht Freunde oder Nachbarn einspringen oder gänzlich darauf verzichtet wird.

Für Menschen im höheren Alter bedeutet dies wiederum, daß relativ wenigen Nachkommen relativ viele ältere Menschen gegenüberstehen. Dabei ist nicht nur an Pflege zu denken, sondern auch an andere Hilfeleistungen z. B. bei der Wohnungsrenovierung, bei kleineren Besorgungen, bei Transporten oder bei Besuchen bei Krankheit. Auch hier besteht die Alternative darin, daß entweder professionelle Dienstleister in Anspruch genommen werden müssen oder auf bestimmte Leistungen verzichtet werden muß. Andernfalls müßten Nichtverwandte, also Freunde und Nachbarn helfen. Hier stellt sich zum einen die Frage, wie verlässlich und stabil diese Beziehungen sind und zum anderen, bis zu welchem Grad man diese belasten möchte. Zusätzlich kann sich durch die geschilderte Verkomplizierung der Verwandtschaftsverhältnisse (durch Scheidung und Wiederheirat), möglicherweise das theoretisch vorhandene Hilfspotential innerhalb der Verwandtschaft

nicht angesprochen bzw. durch Scheidung abgespalten fühlen. Sie werden sich vermutlich dann nicht mehr verantwortlich fühlen oder wünschen keinen Kontakt mehr. Auch bei nichtehelichen Lebensgemeinschaften stellt sich die Frage, inwiefern man sich für die Eltern des Partners verantwortlich zeigt. Hierzu wäre es wichtig zu untersuchen, ob in nichtehelichen Lebensgemeinschaften, wie dies häufig pauschal unterstellt wird, andere Hilfeleistungen erbracht werden und weniger Bereitschaft zu deren Übernahme besteht als in ehelichen Partnerschaften.

Den Hilfe- und Pflegeleistungen außerhalb der Verwandtschaft sind auch personelle Grenzen gesetzt. Nicht nur innerhalb der Familie wird es relativ weniger Jüngere gegenüber relativ mehr Älteren geben, sondern auch in der Bevölkerung insgesamt. Bedingt durch den demographischen Wandel scheint es fraglich, ob sich genügend der dann jüngeren Menschen für Dienstleistungs- und Pflegeberufe entscheiden werden, um den Bedarf zu decken. Finanzierungsfragen stellen sich überdies.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Durch die geschilderten Veränderungen ist anzunehmen, daß familiäre Hilfeleistungen abnehmen und teilweise komplizierter werden. Familiäre Unterstützung wird zumindest insofern abnehmen, als weniger „Stützen“ vorhanden sind. Ob die geringere Anzahl möglicher Helfer in den Familien durch eine höhere Qualität der familialen Beziehungen kompensiert werden wird, ist eine offene Frage. Nach allen Umfragedaten kann davon ausgegangen werden, daß das Empfinden, als Familie zusammen zu gehören und der Wille sich solidarisch zu verhalten, weiterhin sehr hoch ist und vermutlich bleiben wird. Doch wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Einstellung und deren tatsächliche Umsetzung zweierlei sind. Daher stellen sich in diesem Zusammenhang für politische Entscheidungen zwei wesentliche Fragen. Wer wird bei den kleineren und zum Teil komplizierter werdenden Verwandtschaftsnetzwerken zukünftig überhaupt noch für Hilfe- und Pflegeaufgaben zur Verfügung stehen? Welche Anforderungen an das solidarische Verhalten wird auf diese Personen zukommen? Dies sind aus politischer Sicht insofern entscheidende Fragen, da bei einem Rückgang von Hilfe- und Pflegeleistungen durch die Familien sich zwangsläufig die Frage stellt, wer solche Leistungen stattdessen erbringen kann, wenn sie nicht wegfallen sollen oder können.

Werden heute die Pflegeleistungen noch im wesentlichen von den Kindern und Ehepartnern erbracht und hier wiederum in der übergroßen Mehrzahl von den Frauen, ist dies in der Zukunft keinesfalls mehr in diesem Umfang zu erwarten. Die zukünftigen älteren Frauengenerationen sind nicht mehr so stark auf familiäre und häusliche Aufgaben festgelegt, wie dies bei den heutigen älteren und alten Frauen der Fall war und ist. Sie haben zunehmend eine Lebensplanung, in der sie beruflichen und familialen Aufgaben gleichzeitig nachkommen wollen. Vermutlich werden sie sich auch weiterhin für ihre alten Eltern verantwortlich fühlen. Doch heißt verantwortlich fühlen nicht, daß man eine Betreuung rund um die Uhr leistet oder leisten möchte. Verantwortung für alte Eltern heißt auch nicht, daß man das eigene Leben vollständig in

den Dienst der Elternperson stellt, sondern daß man sich das eigene Maß an Belastbarkeit vor Augen führt und sich nicht zum Opfer macht. Insofern werden zukünftige Frauen- und Männergenerationen vermutlich stärker nach für sie annehmbaren Möglichkeiten der Betreuung und Hilfe suchen, sich dieser Verantwortung aber nicht entziehen. Ein differenzierteres Angebot an sozialen Diensten im hauswirtschaftlichen Hilfe- und pflegerischen Bereich, welches sich auf die Bedarfssituation der privaten Pflegepersonen einstellt und nicht — wie bisher — erwartet, daß sich die privaten Pflegepersonen auf die Bedingungen sozialer Dienste einstellen, wird zunehmend nachgefragt werden.

Da der gesellschaftliche Transformationsprozeß noch anhält und sich Verhaltensweisen noch nicht manifestiert haben, ist es in den neuen Bundesländern besonders schwer, Aussagen über zukünftige Generationenbeziehungen zu treffen. Zwei Extreme sollen jedoch herausgegriffen werden. Zum einen wäre ein Rückdrängen der Frau in die Häuslichkeit und damit in die Rolle der aufopferungsvollen Pflegerin für Kinder, Ehemann und alte Eltern vorstellbar. Daraus könnten ernstzunehmende Konflikte resultieren, da dieser Lebensstil nicht der Lebensplanung heutiger und künftiger Frauengenerationen entspricht. Das andere (aus heutiger Sicht weniger zu erwartende) Extrem könnte die Aufkündigung der Einlösung des „Generationenvertrages“ auf der familialen Ebene sein und würde die Gesellschaft, bei der Gewährleistung der notwendigen Hilfen, stärker in die Pflicht nehmen. Das wäre vor allem dann denkbar, wenn es der Gesellschaft nicht gelingt, ihrerseits den „Generationenvertrag“ einzulösen und pflegenden Familienangehörigen die notwendige materielle und ideelle Anerkennung verweigert wird und sie nicht stärker mit familienentlastenden Hilfen unterstützt werden. Deshalb stellt der demographische Wandel eine große Herausforderung für die Sozialpolitik dar.

In welcher Familienkonstellation ein Mensch lebt, ist eine Frage von privaten Entscheidungen, die politisch nicht beeinflußt werden sollen — und im übrigen auch kaum beeinflußt werden können. Doch haben die Lebensentscheidungen der einzelnen Menschen erhebliche Konsequenzen. Die Frage: Wer hilft wem, wenn es notwendig wird? geht natürlich in letzter Instanz an den Staat, wenn keine anderen Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Familie, die bisher die meisten Hilfen erbracht hat, sei es nun von der einfachen Übernahme des Einkaufens, wenn ein Familienangehöriger für kurze Zeit erkrankt, bis hin zur langfristigen Pflege von älteren Angehörigen, wird wahrscheinlich, wie die verschiedensten Trends zeigen, quantitativ an Bedeutung verlieren. Damit werden automatisch die wenigen verbleibenden Familienangehörigen wichtiger. Doch kommt diese Entwicklung auf die älteren Menschen der Zukunft nicht plötzlich zu: Sie haben sie in ihrem gesamten Lebenslauf miterlebt. Sie konnten sich darauf einstellen, ihren eigenen Lebensstil auszuprägen.

Wenn Familien die Hilfeleistungen nicht mehr in dem Maße wie bislang erbringen, so werden andere gefragt sein. Das können Freunde oder Nachbarn sein, aber auch Dienstleistungsunternehmen gegen

Entgelt. Doch stellt sich auch für diese die Personalfrage. Allein aus demographischen Gründen wird es schwierig werden, genügend qualifizierte Mitarbeiter zu finden. Daraus ergibt sich die Prognose, daß die Preise für diese Leistungen sich erhöhen werden. Eine ähnliche Tendenz läßt sich in der Altenpflege bereits erkennen. Daher stellt sich auch die Frage nach der Neubestimmung des Subsidiaritätsprinzips. Was geschieht, wenn die subsidiären Instanzen — wie die Familie — an Bedeutung verlieren bzw. sich diese verändert und damit die Familie für eine Reihe von Menschen ganz wegfällt? Es ist zu vermuten, daß dann die Ansprüche direkt an den Staat gerichtet werden. Tendenzen in diese Richtung hat auch Zapf aufzeigen können (Zapf, 1987). Er sieht ein starkes Bedürfnis nach Sicherheit, das durch den Staat zu befriedigen ist, als andere Seite der Medaille einer stärkeren Individualisierung. Insofern ist zu vermuten, daß an die Politik immer mehr Aufgaben herangetragen werden, die auch immer schwerer zu lösen sein werden, da sich die zu berücksichtigenden Interessengruppen bzw. -lagen immer vielfältiger gestalten.

2.5 Außerfamiliale Hilfe- und Unterstützungspotentiale

Wesentliche Bedingungen und Probleme außerfamilialer Hilfe- und Unterstützungspotentiale sind in Ost- und Westdeutschland gleich gelagert. Dennoch bestehen infolge der 40jährigen unterschiedlichen gesellschaftlichen Entwicklung und demzufolge unterschiedlicher Sozialisationserfahrungen einige Besonderheiten sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern. Ferner sind heutige Empfindsamkeiten in den neuen Bundesländern gerade durch den Transformationsprozeß geprägt, die für den zugrundeliegenden Prognosezeitraum bedeutsam sein können. So werden in diesem Abschnitt, um hier den Besonderheiten aus ostdeutscher Sicht gerecht zu werden, die außerfamilialen Hilfe- und Unterstützungspotentiale mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen für die alten und neuen Bundesländer nacheinander gesondert beschrieben.

2.5.1 Die Situation in den neuen Bundesländern

Mehrheitsmeinung:

2.5.1.1 Familiäre Situation

Durch die Wende wurde in den neuen Bundesländern eine vorher nicht gekannte Mobilität ausgelöst. Insbesondere jüngere Familienmitglieder suchten Arbeitsstellen in den alten Bundesländern oder zogen ganz dorthin. Dies hatte zur Folge, daß für einen gewissen Anteil der älteren Bevölkerung die Familienbeziehungen nunmehr über größere Entfernungen hin aufrecht erhalten werden müssen und familiäre Hilfeleistungen nicht mehr in dem bisher gewohnten Maße zur Verfügung stehen. Auf der anderen Seite führen die wirtschaftlichen Umstrukturierungsprozesse und die für einen größeren Teil der Bevölkerung ungewis-

sen Zukunftsperspektiven zu Belastungen der Familien. Dennoch schätzten nach einer EMNID-Untersuchung von Anfang 1994 10 v. H. der Bevölkerung ihre Lage als viel besser als vor der Wende ein, 41 v. H. ging es nach eigener Einschätzung etwas besser und nur 3 v. H. sahen ihre persönliche Situation als viel schlechter an. Trotz aller Veränderungen in den letzten Jahren gibt es keinen Beleg dafür, daß sich die intergenerationellen Beziehungen innerhalb der Familien in den neuen Bundesländern wesentlich verschlechtern oder auf Dauer von denen in den alten Bundesländern unterscheiden werden.

2.5.1.2 Anbindung an den Betrieb

In der DDR waren viele Sozialeinrichtungen und soziale Dienstleistungen an den Betrieb gebunden. Insofern gab es auch eine engere Verbindung mit dem Betrieb nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. Durch die Umstellung des Sozialsystems und den wirtschaftlichen Umbruch, dem viele Betriebe zum Opfer fielen, ist hier zunächst für die Versorgung der älteren Generation eine Lücke aufgetreten, die nicht vergleichbar schnell durch eine neue soziale Infrastruktur aufgebaut werden konnte. Allerdings ist es durch ein Soforthilfeprogramm des Bundes gelungen, bereits in den Jahren 1990 und 1991 rund 900 Sozialstationen der freien Wohlfahrtspflege aufzubauen. Damit wurde ein dem Niveau der alten Bundesländer entsprechendes flächendeckendes Netz aufgebaut. Bereits für die nächste Zukunft ist zu erwarten, daß alle noch vorhandenen Defizite abgebaut werden und ein modernes, bedarfsgerechtes System der ambulanten Altenhilfe aufgebaut sein wird.

2.5.1.3 Familienunterstützende und familienersetzende Dienste

Hilfe- und pflegebedürftige Menschen wurden in der DDR vor der Wende systematisch vernachlässigt. Dies zeigte sich u. a. an:

- dem Fehlen von altengerechten Wohnungen bzw. Möglichkeiten der Wohnraumanpassung,
- dem weitgehenden Fehlen von Pflegehilfsmitteln und Mobilitätshilfen, zum Beispiel von Hebe- und Trageeinrichtungen oder Rollstühlen,
- dem äußerst schlechten baulichen Zustand von Pflegeheimen (z. B. weit verbreitete Unterbringung in Mehrbettzimmern, Gebäudezustand bis hin zur Baufälligkeit). Nach einer ersten Bestandsaufnahme nach der Wende waren etwa ein Drittel aller Heime in einem so schlechten Zustand, daß sie nicht mehr renovierbar waren,
- dem Fehlen von Verbrauchsmaterial (beispielsweise Inkontinenzmaterial, Einmalhandschuhe, Einwegspritzen). Dies hatte zum Teil zur Folge, daß ein großer Teil des Personals ständig mit dem Waschen oder der Wiederaufbereitung von Gummihandschuhen und Spritzen mit allen damit verbundenen hygienischen Problemen beschäftigt war,

— der fehlenden Zahl von Folgeeinrichtungen nach Krankenhausaufenthalt. So mußten viele ältere Menschen, die nach einer Krankheit nicht mehr in den eigenen Haushalt zurückkehren konnten, für Monate oder gar Jahre im Krankenhaus verbleiben, unter den dort üblichen schlechten Verhältnissen.

Um die Situation sofort zu verbessern, wurden in den Jahren 1990 und 1991 insgesamt 152 Mio. DM zur Verbesserung der Ausstattung in den Heimen zur Verfügung gestellt. Insofern konnte innerhalb von kürzester Zeit eine flächendeckende Versorgung mit modernen Pflegehilfsmitteln und Verbrauchsmaterial erreicht werden. Ebenso wurden für erste Investitionen in die bauliche Substanz Mittel zur Verfügung gestellt.

Durch die Pflegeversicherung werden in den Jahren 1995 bis 2002 jeweils 800 Mio. DM für Investitionen in Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt. Zusammen mit den Mitteln der Träger der Kreise und der Länder ist insgesamt mit einem Gesamtvolumen von 10 Mrd. DM bis zum Jahr 2002 zu rechnen. Damit ist eine finanziell ausreichende Basis geschaffen worden, um auch den stationären Bereich in den neuen Bundesländern bis zum Anfang des nächsten Jahrzehnts auf einen baulichen Standard zu bringen, der vermutlich das durchschnittliche Niveau in den alten Bundesländern übertreffen wird, da im Westen mit einem derartigen Investitionsschub bei den bereits bestehenden Einrichtungen nicht zu rechnen ist.

Hinzu kommt, daß sich die finanzielle Situation der älteren Menschen in den neuen Ländern, soweit sie nicht in Pflegeheimen leben, deutlich verbessert hat. Vom 2. Halbjahr 1990 bis zum zweiten Halbjahr 1993 stieg beispielsweise die Kaufkraft eines Rentners, der während des Erwerbslebens ein Durchschnittseinkommen hatte, real (nach Abzug der Preissteigerungen) um 45,8 v. H. Insofern gehören die Rentner zu den Menschen in den neuen Bundesländern, die von der deutschen Einheit am meisten profitierten. Diese finanzielle Besserstellung wird zum einen innerfamiliäre Hilfeleistungen der älteren für die jüngeren Familienmitglieder erleichtern und zum anderen die älteren Generationen immer besser in die Lage versetzen, aus eigener Kraft am sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen. Wegen der höheren Erwerbsbeteiligung der Frauen in der DDR wird, wenn die Anpassung des Rentenniveaus zwischen Ost und West vollzogen sein wird, das durchschnittliche Niveau der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung für die älteren Frauen in den neuen Ländern über dem in den alten Ländern liegen.

2.5.1.4 Ausblick

Wenn die in Gang befindlichen Anpassungsprozesse abgeschlossen sein werden, was zumindest für den Bereich der Altenhilfe in den nächsten zehn Jahren der Fall sein dürfte, dann wird es keine erheblichen Unterschiede in den Familienbeziehungen sowie den familienunterstützenden und familienersetzenden Institutionen und Dienstleistungen geben, so daß sich spätestens vom Jahr 2010 an eine getrennte Betrachtung

tung der neuen und alten Bundesländern in dieser Hinsicht erübrigen dürfte.

Abweichende Meinung:

2.5.2 In den neuen Bundesländern wirksame Prägungen und Entwicklungen

2.5.2.1 Soziale Netzwerke

Wie in jüngeren Jahren so ist auch der alte Mensch in ein soziales Netzwerk eingebunden, das neben den unterschiedlich ausgeprägten familialen Beziehungen insbesondere die Beziehung zu Freunden, ehemaligen Arbeitskollegen, Nachbarn, zu Freizeit- und Selbsthilfegruppen sowie zu professionellen Hilfe- und Pflegeangeboten umfaßt. Letztere werden jedoch in der Regel erst dann in das Netzwerk persönlicher Beziehungen integriert, wenn Hilfe- und Pflegebedarf auftritt bzw. sich akut abzeichnet. Ausnahmen bilden traditionelle, nicht an bestimmte Lebenssituationen gebundene Dienstleistungsangebote, wie z. B. Friseur, Kosmetik usw.

Bezogen auf die Integration in familiale Netze bei Hilfe- und Pflegebedarf wurde deutlich, daß Familien häufig alleine und ohne fremde Unterstützung diesen Bedarf alter Familienmitglieder abdecken. Unterstützend wirkten jedoch in der DDR zahlreiche nicht unmittelbar auf die Pflegeleistung bezogene soziale Kontakte zu Freunden, Nachbarn und ehemaligen Arbeitskollektiven. So hatten die Betriebe einen eigenständigen Versorgungsauftrag für ihre aus dem Arbeitsprozeß ausgeschiedenen Betriebsangehörigen zu erfüllen. Dieser Auftrag reichte von der medizinischen bis zur sozialen Betreuung, sofern der Betreffende es wünschte. Von besonderer Bedeutung erwiesen sich die Kontakte zu den ehemaligen Arbeitskollegen. Selbst wenn eigene Nachkommen vorhanden waren, fungierten diese Kollegen nach wissenschaftlichen Analysen bevorzugt als Kommunikationspartner.

Mit der Auflösung der Betriebe, mit den veränderten Aufgaben der Gewerkschaften oder Personalvertretungen und mit einem sich verschärfenden sozialen Klima in den Betrieben, bricht für viele alte Menschen heute diese Beziehungsebene weg, was in Analysen jüngster Zeit immer wieder festgestellt wird. Mehr noch, diese Situation wird von alten Menschen noch eher als Armut, als eintretende Beziehungsarmut empfunden, als die Einkommensarmut, derer man sich allerdings (unbegründet) schämt.

Für jüngere Senioren und künftige Altengenerationen mit anderen Lebensstilen als sie die heutigen Hochbetagten aufweisen, werden Seniorengruppen, kulturelle, sportliche oder Bildungsaktivitäten an Bedeutung gewinnen. Dieses Spektrum hat sich seit der Wende erweitert. In der DDR gab es eine Reihe von Freizeitangeboten, die generationenübergreifend genutzt wurden. Viele dieser Gruppen existieren jedoch infolge von finanziellen Problemen nicht mehr. Sowohl für frühere als auch aktuelle Angebote galt und gilt, daß man in den Gruppen aktiv lebt, sich einbringt und manches nachholt, wozu man in jünge-

ren Jahren nicht gekommen ist. In den Gruppen ist man nicht nur alt, man ist vor allem selbstbewußt und selbstbestimmte Persönlichkeit. Aber selbst für die neu entstandenen Gruppen ist zu befürchten, daß wirtschaftliche Probleme und die gesamte Übernahme bundesdeutscher Wohlfahrtsstrukturen eigenständige Initiativen ostdeutscher Senioren gefährden. Extrem wirken sich die Kürzungen an ABM aus. Denn bei aller Ehrenamtlichkeit der Senioren benötigen die Projekte sowohl professionelle Unterstützung und Anleitung — als Voraussetzungen für Ehrenamtlichkeit — als auch finanzielle Unterstützung für die Schaffung und Betreibung von Begegnungsstätten. Wünschenswert wäre, würden auch hier mehr intergenerativ ausgerichtete, an Interessengebieten statt an Altersgruppen orientierte Projekte entstehen. Denn auch im Freizeitbereich lassen sich intergenerative Beziehungen aufbauen, die zu gegenseitigem Lernen führen und Hilfe- und Unterstützungspotentiale für den Bedarfsfall entwickeln helfen.

Die Gestaltung von Nachbarschaftsbeziehungen war in der DDR relativ stark ausgeprägt, insbesondere dort, wo natürlich gewachsene soziale Strukturen bestanden. Obwohl keine umfassenden Studien zur Entwicklung von Nachbarschaftsbeziehungen vorliegen und vorliegen, werden in Gesprächen und Interviews mit alten oder behinderten Menschen immer wieder die sich auch in der Nachbarschaft verschlechternden sozialen Beziehungen beklagt. Wachsende Gewalt einerseits, hohe zeitliche Belastung jüngerer, noch erwerbstätiger Menschen bzw. deren Abwanderung in wirtschaftlich stärkere Regionen Deutschlands, Verunsicherungen durch die starke Zunahme der Kriminalität oder gesellschaftliche Schuldzuweisung für engagiertes Leben in der DDR, wirken sich offensichtlich ebenso auf die Beziehungen aus wie Schamgefühl bei sozialen Notlagen, wie Arbeitslosigkeit oder Sozialhilfeabhängigkeit und möglicherweise einsetzender sozialer Neid auf Besserverdienende oder noch Erwerbstätige. Dennoch werden nach wie vor Hilfeleistungen für hilfebedürftige Nachbarn erbracht, wobei diese Hilfeleistungen meist ein bestimmtes Maß an Verbindlichkeit nicht überschreiten. Diese gewachsenen sozialen Netze beeinflussen z. B. auch die Umzugsbereitschaft im Alter. So wird selbst bei ungünstigen Wohnbedingungen dem sozialen Umfeld ein so großer Stellenwert beigemessen, daß man lieber die schlechteren Wohnbedingungen akzeptiert, als umzuziehen.

Bei der Gestaltung alternativer Wohnformen für Menschen mit einem erhöhten Betreuungsbedarf sollten deshalb auch künftig die gewachsenen intergenerativen Beziehungen gefördert werden und Wohnen in der vertrauten Umgebung möglich sein. Das bedeutet auch, daß zunehmend Hilfe- und Unterstützungsangebote in die Wohnungen hineingehen müssen, bezahlbar und nicht ausgrenzend (vgl. Kapitel 6 „Wohnen und Wohnumfeld“ und Kapitel 7 „Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung“).

Es ist davon auszugehen, daß die gut entwickelten informellen und intergenerativen Beziehungen zumindest teilweise erhalten bleiben werden, gehören sie doch zur Sozialisationserfahrung mehrerer Generationen in der DDR. Die Gestaltung der gesellschaft-

lichen Rahmenbedingungen wird aber einen sehr wesentlichen Einfluß darauf haben, wie lange und mit welcher Intensität dies geschieht. Das heißt, diese sozialen Beziehungen dürfen nicht überfordert werden durch zu hohe Erwartungen an Ehrenamtlichkeit bei ungünstigen materiellen Bedingungen.

2.5.2.2 Staatliche Unterstützungsangebote

Das Spektrum staatlicher Unterstützungsangebote ist einerseits breiter geworden, andererseits ist es mit höheren finanziellen Belastungen des einzelnen oder seiner Familie verbunden. Da der Sozialbereich in der DDR hoch subventioniert wurde, bedarf es eines enormen Umorientierungsprozesses. Die Bescheidenheit insbesondere hochbetagter Menschen führt dazu, daß Leistungen nicht im erforderlichen oder möglichen Rahmen abgerufen werden. Beratungsangebote und Hilfestellungen sind notwendig. Die künftigen Altengenerationen werden dieses hohe Maß an Bescheidenheit nicht mehr aufweisen; es ist anzunehmen, daß sich Erwartungshaltungen an Hilfeleistungen im Bedarfsfall den Verhältnissen in den alten Bundesländern angleichen werden. Problematisch erscheint hingegen, daß immer unübersichtlicher werdende Netz möglicher Ansprechpartner für Hilfe und Beratung und die Frage der jeweiligen Kostenträgerschaft. Das dürfte weder ein spezifisch ostdeutsches noch ein Problem der heute bereits alten Menschen sein, sondern auch jüngere Generationen treffen. Auf drei Spezifika in den neuen Bundesländern muß verwiesen werden, die mittelfristig Handlungsbedarf begründen:

- Die ambulante Altenpflegerische Versorgung wird zunehmend durch ein Netz von Sozialstationen, ergänzt durch privat niedergelassene Alten- und Krankenpflegerinnen abgedeckt. In Anbetracht der finanziellen Situation der Privathaushalte und der teilweise erheblich schlechteren Wohnbedingungen, ist die personelle und finanzielle Absicherung der hauswirtschaftlichen Versorgung enorm wichtig, um Unterversorgung in diesem Bereich zu vermeiden.
- Der andere Charakter, den Altenheime in der DDR hatten, führt dazu, daß die jetzt in Heimen lebenden Menschen nicht unbedingt heimbefürchtigt sind. Ein Auszug aus dem Heim bildet nicht in jedem Fall eine Alternative. Sowohl die bauliche Sanierung der Heime als auch die Umgestaltung zu Bereichen mit betreutem Wohnen, stellen mittelfristigen Handlungsbedarf dar. Erforderlich ist auch eine Analyse, inwiefern die bundesdeutsche Heimgesetzgebung der derzeitigen Bewohnerstruktur gerecht wird. Möglichkeiten, die die heimärztliche und ergotherapeutische Betreuung von Heimbewohnern in der DDR bot, die Tatsache, daß Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit nicht getrennt wurde und zu Leistungsausgrenzungen führte, könnten darüber hinaus Analysepunkte für eine künftige Effektivierung der Betreuung in Alten- und Pflegeheimen der Bundesrepublik sein.

— Gewachsene soziale Netzwerke im außerhäuslichen Bereich bestehen trotz aller Veränderungen in den Wohngebieten. Verdrängung älterer und sozial schwacher Menschen aus ihrer vertrauten Umgebung setzt ein, nicht zuletzt wirken hier im innerstädtischen Bereich Rücküberweisungen, Luxussanierungen und gewinnbringende Zweckentfremdung durch gewerbliche Nutzung von Wohnräumen. Hierdurch werden auch langfristig die sozialen Netze gefährdet, wird nicht durch gezielte Interventionen staatlicherseits gegengesteuert.

Insgesamt tragen die staatlichen oder in der Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden, Interessenvertretungen von Senioren oder Kommunen befindlichen Angebote zur Unterstützung betagter Menschen und ihrer Familien dazu bei, Versorgungsbedarf abzudecken. Die bundesdeutsche Sozialgesetzgebung und die restriktive Praxis der Kostenträger bei der Finanzierung von Leistungen führen jedoch zu Belastungen, die früher nicht gekannt wurden. Das hohe Maß an Bürokratie bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen ist zwar kein ostdeutsches Spezifikum, sind hier aber mit besonderer Deutlichkeit wahrgenommen, infolge der plötzlichen Umstellung auf dieses System. Es erscheint sehr unübersichtlich und bietet offenbar auch eine Reihe von Möglichkeiten, daß sich Leistungsträger ihrer Verantwortung entziehen können.

Für die Ausgestaltung der professionellen Dienstleistungsangebote bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sei abschließend die Aus- und Weiterbildung von Personal im sozialpflegerischen und Altenhilfebereich angesprochen. Die spezifischen Berufsgruppen wie Alten- und Familienpfleger oder Sozialarbeiter gab es in der DDR nicht. Von der Tätigkeit her vergleichbar waren die Einsatzgebiete der Gemeindegewestern und der Fürsorgerinnen. So hatten die Gemeindegewestern einen erheblichen Anteil an der ambulanten Betreuung alter Menschen, die in starkem Maße auf einem ganzheitlichen Konzept basierte und eigenverantwortliches Handeln der Schwestern ermöglichte. Das spiegelte sich auch in der fachspezifischen Weiterbildung für die Gemeindegewestern in der DDR wider. Deshalb erscheint es sinnvoll, diese Voraussetzungen bei der Erarbeitung von Weiterbildungskonzeptionen zu berücksichtigen und zukunftsorientierte Aus- und Weiterbildungsangebote zu erarbeiten, die letztlich auch in bundeseinheitliche und damit kompatible Ausbildungsrichtlinien für Pflegeberufe eingehen sollten.

2.5.2.3 Privatwirtschaftliche Unterstützungsangebote

Seit der Wende haben sich neben gemeinnützigen Trägern auch im privatwirtschaftlichen Sektor vielfältige Entwicklungen ergeben. So entstanden private Kranken- und Altenpflegestationen, Kranken- und Behindertentransportdienste usw. Ein Vergleich zwischen Sozialstationen und privaten Anbietern in der Krankenpflege zeigt teilweise keine Unterschiede in den Leistungen, teilweise setzten aber gerade private Einrichtungen auf vorrangig junges Personal (25 bis 35 Jahre), was zu einer ungerechtfertigten Ausgren-

zung älterer erfahrener Pflegekräfte führt. Dem müßte durch geeignete Fördermaßnahmen gegengesteuert werden, sonst setzt sich der auch in anderen Bereichen der Wirtschaft zu beobachtende Trend der Ausgrenzung älterer Arbeitnehmer fort, mit allen seinen sozialen Folgen.

Erste Anbieter privater Alten- und Pflegeheime gibt es in den neuen Bundesländern, ebenso erste private Investoren für alternative Wohnformen. Ob und in welcher Weise sich das bei der aktuellen und langfristig weiterwirkenden problematischen sozialen Lage auswirken wird, kann gegenwärtig nicht eingeschätzt werden.

2.5.2.4 Familienselbsthilfe

Die Potentiale familialer Hilfen sind sowohl unter dem Aspekt der Verfügbarkeit (Wandel der Familienstrukturen) als auch unter dem Aspekt der Belastbarkeit (finanziell und zeitlich) nicht mehr unbegrenzt erweiterbar. Es ist dringend erforderlich, familiäre Leistungen ersetzende Dienste zu entwickeln, die auch frei von finanziellen Zwängen für die Familie sind. Generationenbeziehungen müssen sich tatsächlich auf der Basis größtmöglicher Freiwilligkeit entwickeln können, sonst wird die Benachteiligung der Familie (und hier in der Regel die Eltern-Kind-Beziehung) weiter festgeschrieben gegenüber anderen Lebensformen und damit staatlich sanktioniert zur Disposition gestellt. Das Thema Gewalt in der Familie als Gewalt gegen den jeweils Schwächeren soll in dem Zusammenhang nur genannt, nicht erörtert werden. Als erwiesen kann gelten, daß in Abhängigkeitsverhältnissen Gewalt auch ein Signal für die Überforderung des Systems ist, dem durch eine sinnvolle staatliche Entlastungspolitik gegengesteuert werden kann und muß.

2.5.2.5 Zukünftige Tendenzen

Die sich weiter öffnende Schere zwischen Arm und Reich in der Bundesrepublik wird auch eine Schere zwischen Ost und West sein, zwischen denen, die heute Arbeit haben und sich eigenständige Rentenansprüche erarbeiten können und denen, die aus unterschiedlichen Gründen von einer normalen Erwerbsbiographie ausgeschlossen sind. Das sind in erster Linie Mütter, pflegende Angehörige und ältere Arbeitnehmer, die insbesondere in Ostdeutschland zu den gesellschaftlich Ausgegrenzten und Altgemachten gehören. Aber gerade von diesen Personengruppen wird ein hohes Maß an Ehrenamtlichkeit erwartet. Jedoch werden es auch die Gruppen sein, die im gegenwärtigen sozialen Sicherungssystem nur wenig Handlungsspielraum und wenig Wahlfreiheit besitzen, bezüglich der Ausschöpfung von außerfamilialen Hilfe- und Unterstützungspotentialen und der Ausgestaltung ihrer eigenen Alterssicherung. Während häufig überlegt wird, wie denn die Generation der reichen Erblasser und die Generation der Einzelerben mit dem wachsenden Vermögen ihr Leben gestalten können,

werden nur unzureichende Überlegungen angestellt, wie diejenigen, die nicht zuletzt auch durch Wahrnehmung von familialen Aufgaben einen großen Beitrag zum Reichtum dieses Landes erbringen, selbst vor gegenwärtiger und künftiger Armut bewahrt werden können.

Die Sozialhilfe als hinreichende soziale Absicherung zu betrachten, stellt ein Verkennen des sozialen Konfliktpotentials dar. Diese Aussage wird auch nicht dadurch abgeschwächt, daß diejenigen, die nur wenig über dem Sozialhilfesatz liegen, oftmals in einer noch kritischeren sozialen Situation leben. Müssen diese betroffenen Personen auf außerfamiliale Unterstützungspotentiale verzichten, wenn einmal Hilfe nötig sein wird, führt das zu einer nicht zu akzeptierenden Unterversorgung dieser Personengruppen und damit zu kumulativen Benachteiligungen. Dem muß sich die Politik präventiv stellen.

Unter Beachtung der genannten Entwicklungstrends in den außerfamilialen sozialen Beziehungen sind einige Anforderungen an die künftige Ausgestaltung dieses Bereichs zu stellen:

- Senioren- und generationenübergreifende Freizeit- und Selbsthilfeinitiativen sind finanziell zu fördern, nicht nur in Modellprojekten sondern mit planbaren Anteilen, damit Alteninitiativen nicht zum Bereich ausschließlicher Ehrenamtlichkeit und permanenter finanzieller Nöte werden.
- Für einen absehbaren Zeitraum sind in den außerfamilialen Angeboten der Altenhilfe Übergangsformen und -regelungen zu schaffen, die der Situation in den neuen Bundesländern entsprechen, so die frühere Belegung von Altenheimen als Alternative zum selbständigen Wohnen oder die infrastrukturellen Bedingungen, die zum Teil höhere Aufwendungen im hauswirtschaftlichen Bereich erfordern usw.
- Vorurteilsfreie Analyse von in der DDR bewährter Angebote für Senioren, einschließlich der günstigeren Voraussetzungen für eine ganzheitliche Versorgung hilfebedürftiger alter Menschen (die zwar oft real an den materiellen Bedingungen scheiterten, dennoch bessere Lösungsansätze boten), da Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit nicht getrennt wurden und zu Leistungsausgrenzungen führten.

2.5.3 In den alten Bundesländern wirksame Prägnungen und Entwicklungen

2.5.3.1 Soziale Netzwerke

Familienmitglieder sind nur ein Teil, wenn auch in der Regel ein hoch bedeutsamer, innerhalb der sozialen Netze. Mitglieder von schrumpfenden Familien oder von Familien, die nach unten abgeschnitten sind, weil es in den Familien keine Kinder gibt, sind für ihre

soziale Kommunikation, für die gemeinsame Tages- und Zeitgestaltung und für die Einwerbung von Hilfen zunehmend auf Nicht-Familienmitglieder angewiesen. Die räumliche Mobilität Jüngerer, deren eigene Familiengründung und Ausbildung bzw. Erwerbstätigkeit, führt zur Trennung der Wohnorte der Generationen einer Familie, unter Umständen mit den Folgen, die oben bereits erwähnt wurden. Langjährige Freundschaften und Nachbarschaften können tragfähige Beziehungen ergänzen oder ersetzen. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß sie frei wählbar sind.

Für den Lebensstil jüngerer wie alter Menschen, die in möglichst großer Unabhängigkeit alleine leben möchten, wird die Möglichkeit der eigenständigen Wahl der sozialen Kontaktpartner zu einem Charakteristikum. Entscheidend ist nicht die angestammte Familie, sondern die frei gewählte Familie, die Familie „a la carte“ (Rosenmayr, 1992). Derartige Entscheidungen sind als Teil der Individualisierung der Lebensstile zu begreifen.

Zu differenzieren gilt bei sozialen Netzen auch zwischen dem Anlaß und der Art des Kontakts. Zu zentralen Familienfeiern gehört das Zusammensein von Familienmitgliedern, die bei diesen Gelegenheiten unersetzbar sind. Alltagskontakte können sehr wohl von anderen getragen werden. Personen, denen man vertraut und denen man sich anvertraut, können ebenso Familienmitglieder sein wie anderen Beziehungen entstammen. Bei der Beurteilung sozialer Netzwerke gilt es ebenfalls, die Geschlechtsabhängigkeit ihres Aufbaus zu beachten. Frauen verfügen sehr viel eher als Männer über enge Freundschaftsbeziehungen zu Personen des eigenen Geschlechts. Sie haben eher enge Beziehungen zu Menschen, die nicht der eigenen engeren Familie angehören.

Wir wissen jedoch wenig über das Schicksal von langjährigen Freundschaften im hohen Alter der Betroffenen. Einerseits ist nach der Tragfähigkeit und Belastbarkeit der Beziehungen zu fragen, andererseits nach den Möglichkeiten ihrer Pflege auch über räumliche Distanz hinweg. Freundschaften und Bekanntschaften im hohen Alter werden unter Umständen eher an Grenzen stoßen, als dies z. B. für die Beziehung unter alten Ehepartnern und Lebenspartnern der Fall ist. Alle Beziehungen zwischen hochaltrigen Menschen sind durch das Sterben eines Partners bedroht bzw. sie enden zwangsläufig mit seinem Tode und münden ein in Verlusterfahrungen.

Die Forschung macht zunehmend auf die sich im Zeitverlauf vollziehende Entwicklung der Netzwerke alter Menschen aufmerksam. Hier setzen entscheidende Veränderungen insbesondere nach dem 75. Lebensjahr ein, d. h. in einem Alter und in einer Lebensphase, die mit einem besonders ausgeprägten Risiko entstehenden Hilfe- und Pflegebedarfs verbunden und belastet sind. Typisch ist eine Verringerung des familialen (und außerfamilialen) Unterstützungspotentials, insbesondere bei Frauen, soweit es durch Ehepartner getragen wird, denn ältere Ehepartner sterben und durch Todesfälle verringert sich auch der Freundeskreis. Für Menschen, die sich im Alter auf schrumpfende und ohnehin kleine soziale Netze stützen wollen und stützen müssen, die gleichzeitig auf-

grund einer auf diese Netzwerke ausgerichteten Hilfeorientierung organisierte professionelle Hilfen nicht in Anspruch nehmen, besteht die Gefahr einer Unterversorgung in empfindlichen Bedarfsbereichen.

2.5.3.2 Staatlich bzw. sozialversicherungsrechtlich finanzierte Dienste

In bezug auf die Finanzierung von Sozial- und Gesundheitsdiensten ist folgende Zweiteilung für Deutschland charakteristisch: Während Dienste und Versorgungsangebote, die durch das Gesundheitswesen entwickelt und organisiert werden, überwiegend über eine Krankenkassenfinanzierung als Sachleistung gewährt sind, unterliegen Sozialdienste in der Bundesrepublik traditionell der Verpflichtung zur Eigenfinanzierung seitens der Nachfrager und — ersatzweise im Rahmen von Subsidiaritätsregelungen mit einhergehenden Bedarfs- und Bedürftigkeitsprüfungen — der Sozialhilfefinanzierung. Selbst wenn die Dienstleistungen faktisch als Sachleistungen angeboten und zugebilligt werden, wird bei Sozialdiensten der Dienstleistungsempfänger bzw. im Rahmen von Regreßverfahren ihr unterhaltspflichtiger Ehepartner oder Kinder zur Finanzierung herangezogen. Die Möglichkeit des Regresses, insbesondere bei potentieller Heranziehung der Kinder, schreckt heute vielfach ältere Menschen von der Inanspruchnahme von Hilfe ab. Wenn es zu keinem Hilfesuch kommt, bleibt in der Regel unklar, ob die Befürchtungen der Heranziehung einen realistischen Hintergrund haben oder nicht. Es wird heute davon ausgegangen, daß 65jährige und ältere Menschen in den alten Bundesländern nur zu 43 v. H. die ihnen gesetzlich verbrieften Ansprüche an die Sozialhilfeträger einlösen (BT-Drucksache 12/6224). In den neuen Bundesländern wird der Anteil der Ausschöpfung der Sozialhilferechte nicht höher sein. Die Menschen dort stehen der Inanspruchnahme von Sozialhilfe noch distanzierter gegenüber als in den alten Bundesländern und empfinden diese letzte Sicherung und Hilfe als diskriminierend.

Dieses (positiv bewertete) Ergebnis geht mit einer unterstellten Stärkung des Familienzusammenhalts durch die Zuweisung von Aufgaben und die faktische Auferlegung von Leistungspflichten einher. Ob Belastungen — etwa durch Pflegeleistungen und durch Regreßforderungen auf finanziellem Gebiet — die Familien tatsächlich stärken, steht dahin. Der Nachweis wurde durch entsprechend ausgerichtete Forschungsprojekte bisher nicht angetreten obwohl eine Kontrollgruppe in den alten Bundesländern zur Verfügung stehen würde: Es sind die Beamten und die Familien, die infolge weiterreichender Sicherungen (als in den allgemeinen sozialen Sicherungssystemen gegeben) der Gefahr der Sozialhilfeabhängigkeit in erheblich geringerem Maße unterliegen. Auch sind die skandinavischen Sicherungssysteme anzuführen, die bisher — trotz leicht zugänglicher und umfangreicher sozialer Dienste für ihre Bevölkerung — keine Verringerung der Hilfbereitschaft der Familien beobachten lassen. Vergleicht man sie mit den Bedingungen in Deutschland, so wäre allerdings eine Verschiebung des Leistungsspektrums eine mögliche

Folge: Familien, die durch organisierte und finanzierte Dienste entlastet werden, leisten eher ergänzende Arbeiten. Sie sind dann freier für persönliche Beziehungen, die weniger belastet sind durch konkrete Hilfeleistungen und Probleme, die mit ihrer Erbringung verbunden sein können oder diese zumindest erschweren. Dazu gehören u. a. zeitliche Beanspruchungen, die wenig Raum zur Erfüllung anderer Pflichten lassen, z. B. zu Vernachlässigungen der eigenen Kernfamilie und der eigenen Kinder führen können; berufliche Verpflichtungen, die wenig Spielraum für private und familiäre Verpflichtungen bieten; gesundheitliche Probleme bei jenen, von denen Hilfe erwartet wird; schwierige persönliche Beziehungen zwischen dem Hilfeempfänger und dem Helfenden, begründet in der Familiengeschichte; Belastungen durch die notwendige körperliche Pflege von einem Elternteil oder Schwierigkeiten der Bewältigung der psychischen Veränderungen, die mit der Krankheit des älteren Angehörigen verbunden sind.

In der Bundesrepublik sind Sozialdienste, insbesondere Sozialdienste mit hoher Bedeutung für alte Menschen, als „familienergänzende“ und keinesfalls als „familienersetzende“ Dienste konzipiert. Dieses Konzept erweist sich im Zuge des demographischen Wandels zunehmend als problematisch, angesichts der steigenden Zahlen alter Menschen ohne Familienmitglieder und der Neigung der Generationen zum getrennten und selbständigen Wohnen. Je mehr alleinstehende und alleinelebende hochaltrige Menschen in der Bundesrepublik leben, um so mehr wird schon heute aber insbesondere auch in der nahen Zukunft die Notwendigkeit des Ausbaus von in sich tragfähigen Dienstnetzen notwendig.

2.5.3.3 Privat finanzierte Dienste

Soweit privatwirtschaftliche Hilfeangebote in die Bewilligungs- und Zuweisungsbedingungen ebenso wie in die Finanzierungsvoraussetzungen der übergeordneten sozialen Versicherungs- und Versorgungssysteme eingebunden sind, unterliegen sie den gleichen Gesetzmäßigkeiten wie öffentliche und freigemeinnützige Anbieter. Andere Bedingungen sind bei jenen Diensten gegeben, die traditionell privat (d. h. aus eigenem Einkommen) eingeworben, organisiert und finanziert werden. Zu diesen Diensten zählen beispielsweise — für alte Menschen hoch bedeutsam — die Dienste der Haushaltshilfe. Die Bereitschaft zu ihrer Inanspruchnahme wird z. T. durch die Schichtzugehörigkeit bestimmt. Die Möglichkeit ihrer Inanspruchnahme ist von den verfügbaren finanziellen Mitteln und dem verbleibenden Disponibilitätsspielraum abhängig. Es sind die Ärmern, die sich private Dienstleistungen und Versorgungsangebote nicht leisten können und die — mangels fremder Hilfe — ihre selbständige Lebensführung auf einem Niveau unter den Bedingungen, die den Normen unseres Kulturkreises genügen, nicht durchhalten und sichern können. Kurz: Privat aus eigenem Einkommen zu finanzierende Dienstleistungen und Versorgungsangebote nützen nur denen, die sie bezahlen können. Sie sind keine Alternative zu staatlichen und gemeinnützigen Dienstleistern, sondern deren Ergänzung.

2.5.3.4 Zukünftige Tendenzen

Politische Entscheidungen wirken auf inner- und außerfamiliäre Beziehungen ein. Die These der Kommission ist, daß diese Beziehungen langfristig gefestigt und gebessert werden, sofern man sich in der Politik zu familienentlastenden Maßnahmen und Hilfen durchringen kann. Politische Entscheidungen und Rahmenbedingungen sind in der Lage, die Menschen für die Übernahme von Pflichten und Belastungen frei zu machen. Die Übernahme von Familienleistungen zu erzwingen, vermag sie nicht.

Anders formuliert: Die Politik muß Anreizsysteme schaffen und festigen, die zugunsten familiärer Solidarität und einer die engeren sozialen Beziehungsnetze übersteigenden Bereitschaft zur Solidarität wirken. Ein Konzept von Strafen als Anreiz zu positivem Verhalten ist in der Erziehung ebenso überholt wie in der Sozialpolitik.

2.6 Anforderungen an die Politik

Jeder Mensch ist auf den Kontakt zu anderen und die Hilfe und Unterstützung seiner Mitmenschen angewiesen. Dies gilt auch für ältere Menschen. An dieser Tatsache wird sich in den kommenden Jahrzehnten nichts ändern: Auch die älteren Menschen der Zukunft werden die Einbindung in ein soziales Umfeld wünschen und benötigen, um Kommunikation, Mitmenschlichkeit und Solidarität zu erfahren. Die wichtigste Institution der Einbindung in eine Gemeinschaft ist die Familie — und zwar für alle Generationen.

Wie in den vorangegangenen Abschnitten gezeigt wurde, unterliegt die Familie Wandlungsprozessen, die zu einer Verkleinerung und Verkomplizierung familiärer Strukturen führen — bis hin zur Auflösung des familialen Zusammenhaltes — für einen nicht kleinen Teil der Bevölkerung. Parallel dazu befinden sich weitere Institutionen und Milieus, durch die Menschen Gemeinschaft erfahren und Identität vermittelt bekommen, auf dem Rückzug. Alle Umfragedaten deuten darauf hin, daß dieser Rückgang an sozialer Einbindung nicht mit den Wünschen der meisten übereinstimmt. Gerade der Familie wird ein hoher Wert zugesprochen, und die allermeisten jüngeren Menschen wünschen, eine Familie zu gründen und in einer Familie zu leben.

Wenn nun die gesellschaftlichen Trends den Wünschen der Bevölkerung entgegenlaufen, so muß es das Ziel einer verantwortungsvollen Politik sein, die Rahmenbedingungen so zu setzen, daß die vorhandenen Wünsche nicht nur nicht behindert, sondern unterstützt werden. Insofern ergibt sich die Forderung nach einer konsequenten Familienpolitik nicht nur aus der Erkenntnis, daß Nachteile, die Familien zweifellos haben, kompensiert werden müssen, sondern auch aus der Notwendigkeit, für die Zukunft die Institutionen zu erhalten, die in erster Linie Solidarität vermittelt und auch von den meisten als Lebensform angestrebt wird.

Deshalb sollen politische Entscheidungen daran gemessen werden, ob sie das gemeinschaftliche Leben in der Familie, aber auch im weiteren sozialen Umfeld fördern oder nicht. Kinder zu haben, muß dabei als normaler Bestandteil des Lebenslaufes aufgefaßt werden und darf nicht als lediglich privater Aspekt des Lebens aus dem gesellschaftlichen und politischen Bewußtsein verschwinden. Auch wenn diese Grundforderung zunächst eher selbstverständlich erscheint, so hat sie doch erhebliche Konsequenzen, wenn sie zum Beispiel auf die Gestaltung der Arbeitswelt oder die Wohnungspolitik angewandt wird. Nur wenn es gelingt, die Familie als Lebensform der großen Mehrheit der Bevölkerung heute zu stärken, dann kann auch eine familiale Integration der älteren Menschen in der Zukunft erreicht werden.

Eine solche Politik, die nicht nur auf Nachteilsausgleich bedacht ist, sondern das Leben in Familien aktiv fördert, muß deshalb von einem dynamischen Familienbegriff ausgehen, der junge, mittlere und ältere Familien und die sich wandelnden Beziehungen zwischen den Generationen umfaßt.

Von solchen grundsätzlichen Überlegungen ausgehend stellt die Enquete-Kommission folgende Forderungen an die verschiedenen Felder politischen Handelns:

2.6.1 Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Der Kinderwunsch ist eine individuelle Entscheidung, die nicht durch politische Maßnahmen herbeigeführt werden kann. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen können es jedoch erleichtern oder erschweren, den Kinderwunsch zu realisieren. Weil die Entscheidung für Kinder eine Entscheidung ist, mit der man den eigenen Lebenslauf langfristig festlegt, sind nur solche politischen Maßnahmen sinnvoll, die auf eine langfristige Unterstützung von Familien ausgerichtet sind. Nur ein breit gefächertes Netz an familienentlastenden und -unterstützenden Angeboten, das in sich gut aufeinander abgestimmt ist, hilft, das Leben mit Kindern und mit hilfebedürftigen Familienangehörigen zu erleichtern. Dabei kommt der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf zukünftig, auch wegen der stärkeren Erwerbsbeteiligung von Frauen, eine sehr viel größere Bedeutung zu. Sie darf nicht länger als ein individuell zu lösendes Problem angesehen werden, sondern muß als gemeinsame Aufgabe von Bund, Ländern, Kommunen und Tarifpartnern angegangen werden. Aufbauend auf den bestehenden Regelungen sind daher nötig:

- Anerkennung der Gleichwertigkeit von Familien- und Erwerbstätigkeit, d. h. Anerkennung des Rechts von Frau und Mann auf Erwerb von Kompetenzen für beide Lebensbereiche, unabhängig von konjunkturschwachen oder konjunkturstarken Zeiten;
- Erziehung und Ausbildung so zu gestalten, daß hierdurch keine geschlechterspezifischen Rollenklischees festgelegt werden;

- Wahlfreiheit für eine simultane oder sukzessive Vereinbarkeit von Familien- und Berufstätigkeit;
- familienfreundliche Gestaltung der Arbeitszeit für Männer und Frauen, bei der der Flexibilisierung der Arbeitszeit eine besondere Bedeutung zukommt, um ein differenziertes Reagieren auf familiale Belastungssituationen zu ermöglichen. Sie darf jedoch bei familienbedingter Flexibilisierung nicht zu Nachteilen für die soziale Sicherung führen. Hier ist zu erwähnen, daß vielen Eltern bzw. Kindern von alten Eltern die Unterbrechung der Erwerbstätigkeit finanzielle Schwierigkeiten bereitet, die durch derartige Zeitmodelle besser bewältigt werden könnten;
- qualifizierte Teilzeitangebote für Frauen und Männer, auch während des Erziehungsurlaubs bzw. während der Pflege von Familienangehörigen;
- mehr Angebote zur Wiedereingliederung in den Beruf für junge wie ältere Berufsrückkehrerinnen und Berufsrückkehrer;
- stärkere Sensibilisierung und Information von Führungskräften in Politik und Wirtschaft und insbesondere der Tarifpartner für bzw. über die Bedürfnisse von Familien in verschiedenen Lebenslagen und Lebensphasen, wobei zukünftig der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf in späteren Phasen des Familienzyklus eine größere Bedeutung zukommen muß. Auch die sich verändernden Rollenvorstellungen müssen hierin einbezogen werden und die Konsequenzen, die sich hieraus für die Betriebe ergeben;
- mehr Betreuungsmöglichkeiten für verschiedene Altersgruppen der Kinder (z. B. auch Ganztagschulen), die sich mit den Öffnungszeiten an den Bedürfnissen der Familien und an den Arbeitszeiten orientieren sollten. Hierzu gehört gleichfalls, daß der Anspruch auf einen Kindergartenplatz umgesetzt wird. Auch die Betriebe sollten finanziell vermehrt eigene Betreuungsmöglichkeiten anbieten bzw. sich mehr an der Unterstützung von Kinderbetreuungseinrichtungen beteiligen;
- nicht unmittelbar aber auf langfristige Sicht sollten sich Betriebe an der Förderung von Betreuungsangeboten und -einrichtungen für hilfebedürftige Familienangehörige beteiligen, die die familialen Zeitbedürfnisse berücksichtigen.

2.6.2 Urlaubsgewährung zur Erfüllung von Familienpflichten

Mehrheitsmeinung:

Der bisher eingeschlagene Weg, durch Erziehungsgeld und Erziehungsurlaub die Erfüllung von Familienaufgaben für Frauen und Männer in den ersten Lebensjahren der Kinder zu erleichtern, sollte weiter ausgebaut werden.

Abweichende Meinung:

Ziel ist es, die Erfüllung von wichtigen Familienpflichten nicht zu behindern, bei gleichzeitiger Sicherung des Arbeitsplatzes und einer angemessenen materiellen Ausstattung. Der Erziehungsurlaub mit Wiedereinstellungsgarantie ist eingeführt. Die materielle Sicherung des Elternteils, der den Erziehungsurlaub in Anspruch nimmt, muß langfristig auf ein Niveau aufgestockt werden, das verhindert, daß faktisch nur verheiratete Mütter von Erziehungsurlaubsregelungen Gebrauch machen. Sowohl für ihre Familienverantwortung tragende Väter wie alleinerziehende Elternteile müssen in die Lage versetzt werden, Erziehungsurlaub zwischen Erwerbsphasen in Anspruch zu nehmen.

In Abhängigkeit von der konkreten Familiensituation ist die Möglichkeit, Pflegeurlaub in Anspruch nehmen zu können, nicht minder wichtig. Jenseits einzelbetrieblicher Vereinbarungen müssen Modalitäten geschaffen werden, die Pflegeleistungen für Familienmitglieder ermöglichen, bei gleichzeitiger Erhaltung des Arbeitsplatzes. Aus betrieblichem Interesse muß der Pflegeurlaub zeitlich limitiert werden (z. B. auf sechs Monate). Die Finanzierung des Pflegenden während dieser Zeit, geschieht über Pflegeleistungen und Rentenbeitragszahlungen auf der Grundlage bestehender Gesetze.

2.6.3 Finanzielle Besserstellung der Familien**Mehrheitsmeinung:**

Ein Land, das bewußt auf eine Politik der Geburtenförderung verzichtet, da es die Entscheidung zugunsten von Kindern in die Zuständigkeit der Eltern stellt, ist nicht von der Pflicht enthoben, geborenen Kindern und deren Eltern Chancen der Teilhabe an der Gesellschaft und Entwicklungschancen zu ermöglichen.

Verpflichtungen von Eltern gegenüber ihren Kindern (Sorge, Erziehung, Finanzierung) dürfen nicht zur Armut der Familie, gegebenenfalls der „unvollständigen Familie“ führen. Die Finanzierung von Leistungen für Kinder muß so bemessen werden, daß sie zu einem hohen Anteil die materiellen Kosten, die Kinder verursachen, abdeckt.

Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der privaten Haushalte ist nicht die alleinige Voraussetzung für die materielle Bedarfsdeckung und die Sicherung des Lebensstandards, sondern ebenso für die Wahrnehmung personaler Freiheit, Gestaltungskompetenz, Entfaltungsmöglichkeiten und Chancengleichheit der Menschen. Die Betreuung und Erziehung von Kindern und älteren Familienangehörigen schränkt die Möglichkeiten der Erwerbsbeteiligung von Eltern ein. Die Einkommensverteilung über den Markt berücksichtigt nicht, daß Eltern wirtschaftlich auch für ihre Kinder einzustehen haben. Deshalb ist es Aufgabe der Familienpolitik, die primäre Einkommensverteilung zu ergänzen, eine durch Kinder eingeschränkte Erwerbsbeteiligung zu berücksichtigen und zu einem

Ausgleich der durch den Kindesunterhalt entstehenden Lasten beizutragen. Künftig ist also ein wirksamer Familienlastenausgleich anzustreben.

Abweichende Meinung:

Die bisherige sozial- und familienpolitische Tradition, bereits den Tatbestand der Ehe zu fördern, entspricht nicht mehr der gesellschaftlichen Realität. Schon lange können Familie und Ehe nicht mehr gleich gesetzt werden. Notwendig ist künftig insbesondere die Kappung der Einkommensvorteile durch das Ehegattensplitting und ein Ausbau der Kinderförderung, bei der auch Kinder von Alleinerziehenden entsprechend erreicht werden. Die Tatsache, daß Mütter durch die Unterbrechung bzw. Reduzierung ihrer Erwerbstätigkeit im Falle von Kindererziehung in ihrer sozialen Sicherung benachteiligt werden, muß im Rahmen der Neuordnung der Alterssicherung für Frauen konsequent beseitigt werden. Dies läßt sich am besten im Rahmen einer eigenständigen Alterssicherung realisieren (vgl. Kapitel 4 „Materielle Situation“).

Nach Meinung der Kommission ist Familienförderung unverzichtbar, weil die Entscheidung junger Paare für Kinder nicht mehr selbstverständlich ist, sondern sehr bewußt in Abwägung zu anderen Möglichkeiten der Lebensgestaltung getroffen wird. Wenn die Rahmenbedingungen für ein Leben mit Kindern gegenüber Kinderlosigkeit sich verschlechtern, führt das immer mehr dazu, daß Paare sich Kinderwünsche nicht mehr oder in geringerem Maße erfüllen. Bei der Gestaltung der Familienförderung ist zu beachten, daß die Leistungsstruktur für die Familien verständlich ist und unnötige und zugungerschwere bürokratische Regelungen vermieden werden.

2.6.4 Ausbau der sozialen Hilfsdienste

Zukunftsorientierte Sozialpolitik muß sich am Lebenslauf und den unterschiedlichen Lebenssituationen und -anforderungen der Menschen unterschiedlicher Altersgruppen orientieren und Rahmenbedingungen schaffen, die das Miteinander der Generationen fördern. Die zuvor beschriebenen Veränderungen in den Familienstrukturen, d. h. insbesondere die kleiner werdenden familialen Netze und die zunehmende Singularisierung erfordern zum einen dort familienunterstützende Maßnahmen, wo familiäre Netze noch existieren und zum anderen dort familienersetzende Maßnahmen, wo familiäre Netze nicht mehr existieren bzw. nicht ausreichen. Aufgrund des steigenden Anteils im eigenen Haushalt lebender älterer Menschen (darunter insbesondere Verwitwete und hochbetagte Frauen), die bei eintretenden Einschränkungen, zur Aufrechterhaltung ihrer eigenständigen Lebensführung, auf Hilfe- und Pflegeleistungen angewiesen sind, sollten folgende Forderungen berücksichtigt werden:

— Ausbau der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Dienste, die Familienangehörige entlasten und das selbständige Wohnen der zu betreuenden

bzw. zu pflegenden Person weitestgehend ermöglichen sollten (z. B. Tagespflege/Kurzzeitpflege, die sich mit den Öffnungszeiten ebenfalls an den Bedürfnissen der Familien orientieren sollten und auch an Wochenenden und für die Urlaubszeit zur Verfügung stehen);

- Entlastung der Familienangehörigen von der instrumentellen Pflege da, wo sie es wünschen, um sie für die emotionale Pflege frei zu machen. Gleichfalls muß pflegenden Familienangehörigen die Möglichkeit gegeben werden, sich einen Freiraum zu schaffen, um sich vor Überforderung zu schützen;
- Stärkung außer- und überfamiliärer Netze, z. B. in Form von Nachbarschaftshilfen, da die Bedeutung dieser Netzwerke zunimmt;
- Ausbau von Beratungsangeboten für pflegende Familienangehörige, in denen zum einen Fachwissen vermittelt wird, zum anderen bezüglich spezifisch familialer Probleme eine psycho-soziale Beratung stattfindet (Ausweitung des Wissens über diverse Problemlagen des Alters und familiäre Beziehungen im Alter in der Familienbildung und Beratung);
- Dem unter Umständen durch die Pflegeversicherung weiter steigenden Beratungs- und Informationsbedarf der älteren Bevölkerung ist Rechnung zu tragen. Dies liegt u. a. an der steigenden Zahl und Heterogenität von Trägern, Angeboten, Diensten und Einrichtungen. Die Beratung sollte neben informierenden und aufklärenden Aufgaben auch leistungserschließend und vermittelnd wirken, möglichst frei von Interessenbindung. Im Sinne der Qualitätssicherung sollte sie auch als Verbraucherberatung tätig sein;
- Qualifizierung der Pflege bzw. des Pflegepersonals, bei der der Wissensvermittlung über die Differenzierung des Alters und der Bedarfslagen im Alter besondere Bedeutung zukommen muß;
- Berücksichtigung und Integration der Hilfepotentiale „aktiver Älterer“, um ihr Erfahrungswissen einzubinden, ihnen sinnvolle Möglichkeiten der Beschäftigung anzubieten und damit auch die Möglichkeit zum Erhalt und Aufbau sozialer Kontakte.

Pflegebedürftigkeit und soziale Isolierung älterer Menschen können auch dadurch entstehen, daß diese über einen längeren Zeitraum nicht in der Lage sind, ihre eigene hauswirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Insofern müssen derartige Dienste zur Verfügung stehen, um ein möglichst langes selbständiges Leben im eigenen Haushalt zu ermöglichen. Diese Dienste werden vielfach entweder durch Familienangehörige vorgenommen oder als private Dienstleistungen erbracht und bezahlt. Es ist jedoch sicherzustellen, daß auch diejenigen älteren Menschen ohne Familienangehörige und ohne nötige finanzielle Mittel die notwendigen hauswirtschaftlichen Leistungen erhalten. Damit kann ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung einer Verschlechterung der Situation und zur Stärkung eines eigenverantwortlichen Lebens geleistet werden.

Je stärker die ambulanten Pflegedienste und auch die ambulanten therapeutischen und Rehabilitationsdienste ausgebaut werden, umso deutlicher wird der Mangel an einem leicht zugänglichen, organisierten Haushaltshilfedienst. Der Personenkreis, der zur Sicherung seines alltäglichen Lebens zu Hause Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten benötigt, ist deutlich größer als der Personenkreis, der ambulanter Pflege bedarf. Die Bindung der Gewährung von Haushaltshilfe an einen Zustand ausgeprägter Pflegebedürftigkeit bzw. an eine die Selbständigkeit beeinträchtigende Krankheit, führt zwangsläufig zur Vernachlässigung des Personenkreises, der unterhalb der Schwelle professioneller Pflegedienste der Hilfe bedarf.

2.6.5. Ausbau zugehender Beratungs- und Hilfedienste für Familien in Problemsituationen

Familien sind eigenständige Organisationen mit eigener Verantwortung für die Ausprägung des Zusammenlebens und der Kommunikation. Die hohe Wertschätzung, die Familien in unserer Gesellschaft genießen, kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß Familien — unter ungünstigen Bedingungen — schwierige Wohn- und Lebensgemeinschaften insbesondere für ihre schwachen Mitglieder sind.

Extrembeispiele für problematische Familiensituationen sind Gewalthandlungen, die gegen Kinder, gegen erwachsene Frauen und Männer, und auch gegen alte Angehörige gerichtet sind. Insbesondere Kinder und auf Hilfe angewiesene alte Menschen können sich aus eigener Kraft nur schwer gegen Gewalt zur Wehr setzen. Unterhalb dieser Problemschwelle ist es für sie kaum möglich, die Berücksichtigung ihrer Eigenständigkeit und Persönlichkeitsentwicklung, wie ihrer Nöte und Probleme einzufordern und diese Forderung auch durchzusetzen.

Eine zugehende Sozialarbeit ist ein Mittel, solche Probleme zu erkennen, Beratung zu leisten und bei der Erlangung von adäquater Hilfe die richtigen Wege zu weisen. Zwar steht eine große Bandbreite an entlastenden, unterstützenden und problemlösenden Institutionen und Angeboten in unserer Gesellschaft zur Verfügung, dies bedeutet aber nicht, daß die Angebote in Qualität und Quantität genügen und daß sie in jedem Falle auch zugänglich sind. Hier kann zugehende Sozialarbeit, die zurückgreifen kann auf eine breit gefächerte Infrastruktur an sozialen, pflegerischen und medizinischen Diensten, in hohem Maße familienstützend und familienfördernd wirken. Diese Chancen gilt es durch einen Ausbau der zugehenden Sozialarbeit zu nutzen. Die Kosten dürften gering zu veranschlagen sein, im Vergleich zu den Kosten (materiell und immateriell), die mit Familienüberforderung bis hin zu Familienauflösungen bei Problemhäufung und mangelnder Problemsteuerung verbunden sind.

Es muß mehr zugängliche Anlaufstellen auf kommunaler Ebene für jene geben, die der Hilfe bedürfen. Zugleich muß es vermehrt Stellen geben, die sich für zugehende Beratungs- und Hilfedienste zuständig

sehen und die entsprechende Arbeitskapazitäten bereitstellen können. Einen ersten Zugang bietet u. U. die Telefonseelsorge. Als primäre Anlaufstellen könnten insbesondere die Verbände der freien Wohlfahrtspflege dienen; für nicht-weltanschaulich gebundene Interessenten bedarf es daneben nicht kirchlich gebundener Beratungsstellen.

Wesentlich für den Erfolg dieser „zugehenden Arbeit“ ist die Sicherung der Arbeitskontinuität, sowohl bezogen auf die Anlauf- und Beratungsstellen selbst, wie auch bezogen auf das dort tätige Personal. Modellmaßnahmen und/oder ABM-Finanzierungen stellen keine Lösung dar.

2.6.6 Koordination/Vernetzung sozialer Dienste

In die Zukunft gerichtete Versorgungsstrukturen sozialer Dienste müssen neben der quantitativen und qualitativen Ausweitung ferner Fragen der Zuständigkeit neu überdenken sowie neue Konzepte zur Vernetzung von Angeboten und Diensten entwickeln. Soziale Dienste müssen des weiteren verstärkt darauf Bezug nehmen, daß Veränderungen der Familienstrukturen und des Alters und deren Auswirkungen überwiegend auf der örtlichen Ebene stattfinden, d. h. in den Kreisen, Städten, Stadtteilen und Wohnquartieren. Um dem erweiterten Aufgabenspektrum gerecht zu werden, sind entsprechende Vorkehrungen noch zu schaffen. Diese betreffen finanzielle Voraussetzungen und Anreize, sowie geeignete, auf die kommunale Umsetzung gerichtete Koordinations- und Vernetzungsstrategien:

- Altenpolitik kann nicht länger Altenhilfepolitik bleiben, sondern muß zur Politik für alle für das Alter typischen Lebenslagen werden. Dabei sind neue Aufgabenfelder zu erschließen, im Bereich des Sports, der Freizeit, der Bildung und der Kulturarbeit und die Einstellungen und Erwartungen der älteren Menschen zu berücksichtigen. Auch Stadtentwicklung, Wohnungs- und Verkehrspolitik müssen stärker die Lebenslagen des Alters berücksichtigen. Altenpolitik wird damit ebenfalls zu einer Querschnittsaufgabe vieler Politikbereiche,
- Mit der Ausweitung der Dienste und Angebote steigt deren Vernetzungs- und Koordinationsbedarf. Auch vor dem Hintergrund vermutlich weiterhin knapper Kassen ist ein stärker vernetztes Denken und Planen nötig. Der Vernetzungsbedarf betrifft im wesentlichen vier Ebenen:
 - (1) lokale Politikbereiche (z. B. Sozial-, Bildungs-, Kultur-, Gesundheitspolitik);
 - (2) einzelne Angebotstypen (z. B. bei Übergängen und Schnittstellen) zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Hilfetypen, zwischen gesundheitlicher Versorgung und Pflege und zwischen den am Rehabilitationsprozeß jeweils Beteiligten;
 - (3) Angebotsträger (z. B. öffentliche, frei-gemeinnützige, privat-erwerbswirtschaftliche und Selbsthilfegruppen);

- (4) einzelne Verwaltungszweige (z. B. Sozialamt, Ausländeramt, Gesundheitsamt, Allgemeiner Sozialer Dienst),

— Künftig bleiben Bürger- und Wohnortnähe der Dienste weiterhin wichtige Ziele, die im übrigen wesentlich zu einer selbständigen Lebensführung im Alter beitragen. Den Wohnbedürfnissen entsprechend ist daher das Konzept des „Betreuten Wohnens“ auszubauen, d. h. die bedarfsadäquate Organisation der Hilfen zur Aufrechterhaltung der weitestgehenden Selbständigkeit älterer Menschen und Familien im jeweiligen Wohnquartier.

2.6.7 Einschränkung der Regreßforderungen bei Sozialhilfebezug

Mehrheitsmeinung:

Die Heranziehung Unterhaltspflichtiger bei der Sozialhilfe ist gerade bei pflegebedürftigen älteren Menschen oft ein Problem. So wird zum Beispiel auf Leistungen verzichtet, weil ein Rückgriff des Sozialhilfeträgers auf die Angehörigen befürchtet wird. In vielen Fällen ist diese Befürchtung jedoch unbegründet. Mangelnde Transparenz und Information belasten somit die älteren Menschen, ihre Angehörigen und die Solidarität zwischen den Generationen. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wird die finanzielle Absicherung im Falle von Pflegebedürftigkeit völlig neu geregelt. Es ist anzustreben, daß im Lichte der Erfahrungen mit der Pflegeversicherung die Regreßregelungen des Sozialhilferechts neu bedacht werden mit dem Ziel, eine Lösung zu finden, die den Zusammenhalt der Generationen stärkt, für die älteren Menschen und ihre Angehörigen transparent ist und die Sozialhilfeverwaltung vereinfacht.

Abweichende Meinung:

Die Heranziehung von Verwandten ersten Grades (Kinder, Eltern) zur Finanzierung des Unterhaltes von Sozialhilfeempfängern bedarf der Korrektur. Derzeit wird im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes unterschieden zwischen:

- gesteigert Unterhaltspflichtigen (Eltern gegenüber minderjährigen und unverheirateten Kindern und Ehegatten untereinander) sowie
- nicht gesteigert Unterhaltspflichtigen (Verwandten in gerader Linie, d. h. Eltern gegenüber auch volljährigen Kindern, Kindern gegenüber ihren Eltern).

Auf die Heranziehung der nicht gesteigert Unterhaltspflichtigen oberhalb des gesetzlich geschützten Einkommens und Vermögens muß verzichtet werden. Die Forderung wird durch folgende Tatsachen und Argumente gestützt:

- Bisher scheuen alte Menschen die Inanspruchnahme von Sozialhilfe, um ihren Kindern die Regreßforderungen bzw. bereits im Vorfeld die Einkommens- und Vermögensprüfungen zu ersparen.

- Die Heranziehung alter Eltern zur Finanzierung des Unterhalts ihrer erwachsenen Kinder wird als eine nicht berechnete Belastung empfunden.
- Der 1974 ergangene Verzicht auf die Heranziehung von unterhaltspflichtigen Verwandten 2. Grades (Großeltern, Enkel, Urenkel, Geschwister) hat nicht zu der damals befürchteten Lockerung des familialen Zusammenhalts geführt. Es ist nicht davon auszugehen, daß diese negative Wirkung bei Verzicht auf die Heranziehung der nicht gesteigert Unterhaltspflichtigen auftreten wird.
- Für die Bürgerinnen und Bürger in den neuen Bundesländern sind Regreßforderungen in besonderem Maße inakzeptabel und abschreckend, da die Sozialhilfe in der DDR keine Rolle spielte und diese Form der Familienbelastung unbekannt war.
- Der Verzicht auf eine Heranziehung von nicht gesteigert Unterhaltspflichtigen ist eine Verwaltungsvereinfachung. Die entfallenden Einnahmen bei den Sozialhilfeträgern sind gering.
- Die Wirkung des Regresses liegt in der Abschreckung. Der Verzicht auf Sozialhilfeleistungen trotz einer Bezugsberechtigung führt zu hohen Dunkelziffern der Sozialhilfeberechtigung. Sozialhilfe ist in der Bundesrepublik ein verbrieftes Recht. Es kann nicht Anliegen des Staates sein, die Inanspruchnahme dieses Rechtes faktisch erheblich einzuschränken.
- Das Mitte 1994 verabschiedete Pflegeversicherungsgesetz wird nicht verhindern, daß viele alte Menschen und viele jüngere Behinderte dennoch von Sozialhilfeleistungen abhängig bleiben. Der Verzicht auf Heranziehung der nicht gesteigert Unterhaltspflichtigen ist eine Maßnahme, die die Akzeptanz der Pflegeversicherung in der Bevölkerung verstärkt.

Literaturliste

- Bachmann, Ronald (1992):** Singels, Frankfurt/Main
- Bäcker, Gerhard/Stolz-Willig, Brigitte (1994):** Kind, Beruf, Soziale Sicherung, Köln
- Bäcker, Gerhard et al. (1989):** Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland, Band 2: Gesundheit — Familie — Alter — Soziale Dienste, Köln
- Baltes, Paul B./ Mittelstraß, Jürgen (1992):** Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Akademie der Wissenschaften zu Berlin (Arbeitsgruppe: Altern und Gesellschaftliche Entwicklung), Berlin/New York
- Beck, Ulrich (1986):** Risikogesellschaft, Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1993 a):** Apparate pflegen nicht, Zur Zukunft des Alters, in: Klose, Hans-Ulrich: Altern der Gesellschaft, Antworten auf den demographischen Wandel, Köln
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1993 b):** Familie und Alter, Neue Herausforderungen, Chancen und Konflikte, in: Lebenslagen im Strukturwandel des Alters: alternde Gesellschaft — Folgen für die Politik, Naegele, Gerhard und Tews, Hans Peter (Hrsg.), Opladen
- Bengston, Vern L./Schütze, Yvonne (1992):** Altern und Generationenbeziehungen: Aussichten für das kommende Jahrhundert, in: Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. (Hrsg.) Baltes, Paul B. und Mittelstraß, Jürgen, Berlin/New York
- Bertram, Hans (Hrsg.) (1991):** Die Familie in Westdeutschland, Stabilität und Wandel familialer Lebensformen, DJI: Familien-Survey 1, Opladen
- Bertram, Hans (Hrsg.) (1992):** Die Familie in den neuen Bundesländern, Stabilität und Wandel in der gesellschaftlichen Umbruchssituation, DJI: Familien-Survey 2, Opladen
- Birg, Herwig/Flöthmann, E.-Jürgen (1993):** Entwicklung der Familienstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Belastungs- bzw. Transferquotienten zwischen den Generationen, Gutachten für die Enquete-Kommission, Bonn, K.-Drucksache Nr. 184
- BT-Drucksache 12/6224 (1994):** Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD zur „Wirtschaftlichen Situation von Familien“
- Bundesministeriums für Familie und Senioren (1992):** Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch, (Verbundstudie) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Klaus A. Schneewind, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 9, Stuttgart/Berlin/Köln
- Bundesministeriums für Familie und Senioren (1993 a):** Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ durchgeführt von Infratest-Sozialforschung München, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 20.2, Stuttgart/Berlin/Köln
- Bundesministeriums für Familie und Senioren (1993 b):** Formen und Strukturen des familiären Zusammenlebens, (K.-Drucksache Nr. 139), Bonn
- Bundesministeriums für Familie und Senioren (Hrsg.) (1993 c):** Erster Altenbericht, Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland, Bonn
- Bundesministeriums für Familie und Senioren (1994):** Datensammlung zu Formen und Strukturen des familiären Zusammenlebens und zur Geburtenentwicklung, Bonn
- Burkhardt, Günter/ Kohli, Martin (1992):** Liebe, Ehe, Elternschaft, Die Zukunft der Familie, München/Zürich
- Dieck, Margret (1991):** Die Situation der Pflegebedürftigen — Aus der Sicht der Betroffenen, Berlin
- Dieck, Margret (1993):** Sozial- und Gesundheitsdienste für Ältere Menschen: Die Versorgungssysteme entwickeln sich weiterhin unabhängig von relevanten Bedarfsausprägungen, (K.-Drucksache Nr. 145), Bonn
- Dieck, Margret/Naegele, Gerhard (1993):** „Neue Alte“ und alte soziale Ungleichheiten — vernachlässigte Dimensionen in der Diskussion des Altersstrukturwandels, in: Lebenslagen im Strukturwandel des Alters: alternde Gesellschaft — Folgen für die Politik, Naegele, Gerhard und Tews Hans Peter (Hrsg.), Opladen
- Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993):** Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung, Band 3; Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen, DZA (Hrsg.), Berlin
- Diewald, Martin (1990):** Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken (Diss.), Berlin
- Engelbrech, Gerhard (1991):** Berufsbildung, Berufseinstieg und Berufsverlauf von Frauen — Empirische Befunde zur Erklärung beruflicher Segregation, in: Mitteilungen aus Arbeitsmarkt und Berufsforschung 3/1991, S. 531—552
- Fabian, Thomas/Straka, Gerald A. (1991):** Ältere türkische Migranten und Migrantinnen in der Spätphase des Erwerbslebens und im Ruhestand, in: Zeitschrift für Gerontologie, 5/1991, S. 285—292
- Familienreport (1994):** Bericht der Deutschen Nationalkommission für das Internationale Jahr der Familie 1994

- Galler, Heinz P. (1990):** Verwandtschaftsnetzwerk im demographischen Wandel, Ergebnisse einer Modellrechnung, in: ACTA DEMOGRAPHICA 1/1990
- Gaitanidis, Stefan (1991):** Multikulturelle soziale Dienste, Auf dem Weg zu einer multikulturellen Öffnung der Systeme der sozialen Versorgung, in: Sozialmagazin, 7/1991, S. 16—26.
- Glatzer, Wolfgang/Reichenwallner, Martina (1990):** Informelle soziale Netzwerke älterer Menschen, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 3/1990, S. 119—125
- Hagestad, Gunhild O. (1987):** Able Elderly in the Family Context: Changes, Chances, and Challenges, in: The Gerontologist, Vol. 27, 4/1987, S. 417—421
- Halsig, Norbert/Zimmermann, Petra (1993):** Die Hauptpflegeperson als zentrale Bezugsperson Hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen, Vortrag auf der 1. Tagung des Fachbereichs III der DGGG, 15.—17. April 1993 in Heidelberg
- Hoffmann-Nowotny, Hans Joachim (1988):** Ehe und Familie in der modernen Gesellschaft, in: Aus Politik und Zeitgeschichte B 13/1988, S. 3—13
- Hosemann, Wilfrid/Burian, Klaus/Lenz, Christa (1992):** Vereinbarkeit von Beruf und Familie — ein Thema auch für männliche Mitarbeiter?, Köln
- Jaeggi, Eva/Hollstein, Walter (1985):** Wenn Ehen älter werden — Liebe, Krise, Neubeginn — München
- Knipscher, Kees (1987):** Perspektiven für die Mehrgenerationenfamilie in einer sich wandelnden Gesellschaft, in: Die ergraute Gesellschaft, DZA (Hrsg.), Berlin
- Klages, Helmut (1984):** Werteorientierungen im Wandel, Rückblick, Gegenwartsanalyse, Prognose, Frankfurt
- Klauder, Wolfgang (1992):** Wirtschaftliche und gesellschaftliche Bedeutung der Frauenerwerbstätigkeit heute und morgen, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, in Nürnberg, Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 18, 4/1992, S. 435—463
- Klusmann, Dieter (1986):** Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung, Eine Übersicht und ein Interviewleitfaden (Diss.), Hamburg
- Lehr, Ursula (1987):** Zur Situation der älter werdenden Frau, Bestandsaufnahme und Perspektiven bis zum Jahre 2000, Perspektiven und Orientierungen Band 3, München
- Lehr, Ursula (1988):** Bevölkerungsentwicklung — Ursachen und Konsequenzen — Teilhabe der Älteren in einer sich wandelnden Gesellschaft, in: Kruse, A. u. a.: Gerontologie, eine interdisziplinäre Wissenschaft, München
- Lehr, Ursula/Wingen, Max/Wilbers, Joachim/Cornelius, Ivar (1988):** Veränderte Familienstruktur und ihre Bedeutung für den älteren Menschen von morgen, in: Altern als Chance und Herausforderung, Stuttgart, S. 99—108
- Meyer, Thomas (1993):** Der Monopolverlust der Familie, Vom Teilsystem Familie zum Teilsystem privater Lebensformen, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 45, 1/1993, S. 23—40
- Michel, Marion et al. (1988):** Zur Rolle der Großeltern aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen und zu ausgewählten Einflußfaktoren auf die Entwicklung intergenerativer Beziehungen, in: Zeitschrift für Altersforschung, Jg. 43, 4/1988, S.
- Michel, Marion (1992):** Familie und die Beziehungen zwischen den Generationen, Teil 1: Intergenerative Beziehungen in Familie und Gesellschaft aus ostdeutscher Sicht, in: Altern in Deutschland, 1. Kongreß der neugegründeten Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Schütz, Rudolf-Maria; Kuhlmeier, A.; Tews, Hans Peter (Hrsg.), Berlin, August 1992
- Naegele, Gerhard (1993):** Thesen zum Thema „Soziale Dienste in einer älter werdenden Gesellschaft“, (1993 K.-Drucksache Nr. 151), Bonn
- Naegele, Gerhard/Reichert, Monika (1994):** Elder-care and the workplace: A new challenge for research and social politics in Germany, Dortmund
- Naegele, Gerhard/Tews, Hans Peter (Hrsg.) (1993):** Lebenslagen im Strukturwandel des Alters: alternde Gesellschaft — Folgen für die Politik, Opladen
- Nauk, Bernhard (1991):** Familien und Betreuungssituationen im Lebenslauf von Kindern, in: Die Familie in Westdeutschland, Familien-Survey 1, Opladen
- Nave-Herz, Rosemarie (1988):** Kinderlose Ehen, Eine empirische Studie über die Lebenssituation kinderloser Ehepaare und die Gründe für ihre Kinderlosigkeit, Weinheim/München
- Nave-Herz, Rosemarie (1990):** Scheidungsursachen im Wandel, Eine zeitgeschichtliche Analyse des Anstiegs der Ehescheidungen in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld
- Ott, Notburga/Wagner, Gert (Hrsg.) (1992):** Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Sonderheft 148, Familie und Erwerbstätigkeit im Umbruch, Referate der Herbsttagung 1991 des Arbeitskreises „Bevölkerungsökonomie“ der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft, Berlin
- Rosenmayr, Leopold (1988):** Arbeit — Freizeit — Lebenszeit: Grundlagenforschung zu Übergängen im Lebenszyklus, Kolland, Franz (Hrsg.), Opladen
- Rosenmayr, Leopold (1992):** Sexualität, Partnerschaft und Familie älterer Menschen, in: Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, (Hrsg.) Baltes, Paul B. und Mittelstraß, Jürgen, Berlin/New York
- Scheller, Gitta (1992):** Wertewandel und Anstieg des Ehescheidungsrisikos? Eine qualitative Studie über den Anspruchs- und Bedeutungswandel der Ehe und seine Konsequenzen für die Ehestabilität, Pfaffenweiler
- Schröter, Ursula (1992):** Zur sozialen Situation ostdeutscher Frauen, KSPW-Studie Nr. 501, Graue Reihe, Berlin 1992

Schütz, Rudolf-Maria/Tews, Hans Peter (1991): Ältere Menschen in Schleswig-Holstein, Ergebnisse einer Befragung. Minister für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein, Kiel

Schütze, Yvonne/Lang, Frieder R. (1992): Verantwortung für alle Eltern — eine neue Phase im Lebenslauf, in: Familie und Recht, 3. Jahrgang, 12/1992, S. 336—341

Schütze, Yvonne (1993): Intergenerationale Beziehungen in den späten Phasen des Familienverlaufs, Theoretische Überlegungen und empirische Befunde, Vortrag vor dem Arbeitskreis 1 der Enquete-Kommission am 1. Oktober 1993

Sozialreport 1992: Daten und Fakten zur sozialen Lage in den neuen Bundesländern, Berlin

Stadie, Rolf (1987): Altsein zwischen Integration und Isolation, Empirische Ergebnisse zur Lebenssituation und Befindlichkeit alter Menschen, Melle

Statistisches Bundesamt (1991 a): Mikrozensus 1991

Statistisches Bundesamt (1991 b): Im Blickpunkt Ältere Menschen, Wiesbaden 1991

Steven, Elke (1990): Weibliche Lebensbedingungen als Herausforderung für das Alter, Lebenslage — biographischer Prozeß und Gesellschaftsstruktur, Dortmund

Tews, Hans Peter (1993): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters, in: Lebenslagen im Strukturwandel des Alters: alternde Gesellschaft — Folgen für die Politik, Naegele, Gerhard und Tews, Hans Peter (Hrsg.), Opladen

Vaskovics, Laszlo A. (1990): Optionen der Elternschaft und der Lebensgestaltung in nichtehelichen Lebensgemeinschaften, Ergebnisse der ersten Datenerhebungswelle, Bamberg

3 Wirtschaft und Arbeitsmarkt

3.0 Vorbemerkung

Im folgenden geht es darum, Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Veränderungen in Deutschland bis zum Jahr 2030 insbesondere für den Arbeitsmarkt aufzuzeigen und aufgrund des sich daraus ergebenden Handlungsbedarfs Optionen zur Bewältigung dieser Konsequenzen zu benennen.

Der Abschnitt 3.1 liefert — ausgehend von der Arbeitsangebotsseite und differenziert nach Erwerbstätigen und Arbeitslosen — eine quantitative und qualitative Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Verfassung des Arbeitsmarktes.

Der Abschnitt 3.2 dient der Darstellung und Zusammenfassung verschiedener Studien über die weitere Entwicklung des Arbeitsmarktes bis zum Jahr 2030 in Deutschland, hier differenziert nach dem Arbeitsangebot und der Arbeitsnachfrageseite.

Im Abschnitt 3.3 geht es um die Beschreibung des einschlägigen Handlungsbedarfs und der entsprechenden Schlußfolgerungen, die im anschließenden Abschnitt 3.4 konkretisiert werden.

Der Bericht schließt mit einer beurteilenden Zusammenfassung im Abschnitt 3.5 sowie einem Literaturverzeichnis. Tabellen und Abbildungen, die in ihrer Detailliertheit über den Bericht hinausgehen und deshalb nicht in den Text eingebunden wurden, finden sich im Anhang.

Die Entwicklung des Arbeitsangebotes, verstanden als die des Erwerbspersonenpotentials, wird grundsätzlich von zwei Parametern bestimmt: der demographischen Entwicklung und dem Erwerbsverhalten der Bevölkerung.

Hinsichtlich des ersten Bestimmungsfaktors wird eine gleichläufige Entwicklung von Bevölkerung und Erwerbspersonen unterstellt. Dem zweiten Parameter kommt in der nachstehenden Analyse in doppelter Hinsicht ein besonderes Gewicht zu: Zum einen spielt das Erwerbsverhalten sowohl bei der Frage, wie sich das Erwerbsverhalten bei schrumpfender und alternender Bevölkerung verändert (innerhalb des Abschnitts 3.2) eine wichtige Rolle, als auch bei der fast entscheidenderen, den Abschnitt 3.4 bestimmenden Frage, wie das Erwerbsverhalten der inländischen und ausländischen Bevölkerung beeinflußt werden kann bzw. muß, damit das Arbeitskräftepotential nicht zu einem restriktiven Faktor für die Entwicklungsdynamik der Bundesrepublik Deutschland wird.

3.1 Die aktuelle Situation am Arbeitsmarkt

Terminologische Vorbemerkungen:

- Erwerbstätige: Zahl der Erwerbspersonen, die tatsächlich arbeiten.

- Erwerbspersonen: Alle Personen mit ständigem Sitz im Inland, die als abhängig Beschäftigte oder Selbständige und mitarbeitende Familienangehörige eine auf Einkommenserwerb ausgerichtete Tätigkeit ausüben (Erwerbstätige) oder suchen (Arbeitslose).
- Erwerbsquote: Prozentualer Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung.
- Registrierte Arbeitslose: Um zu dieser Gruppe zu gehören, muß man folgende sieben Merkmale aufweisen (vgl. Franke, 1990, 69):
 - wohnhaft in der Bundesrepublik Deutschland,
 - kein bestehendes, auch kein kurzzeitiges Beschäftigungsverhältnis,
 - Anstreben eines Arbeitsverhältnisses von mehr als sieben Kalendertagen,
 - der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen,
 - persönliche Meldung beim zuständigen Arbeitsamt,
 - Alter zwischen 15 und 65 Jahren,
 - nicht arbeitsunfähig erkrankt.
- Arbeitslosenquote: Prozentualer Anteil der bei den Arbeitsämtern registrierten Arbeitslosen an den Erwerbspersonen.
- Stille Reserve: Prinzipiell Arbeitswillige, die aber eine Arbeitsplatzvermittlung durch das Arbeitsamt für sich als aussichtslos betrachten und sich deshalb auch nicht arbeitslos melden.
- Erwerbspersonenpotential: Summe aus Erwerbspersonen und stiller Reserve.

Daraus folgt:

$$\begin{aligned}
 & \text{Erwerbstätige} \\
 & + \text{registrierte Arbeitslose} \\
 & = \text{Erwerbspersonen} \\
 & + \text{stille Reserve} \\
 & = \text{Erwerbspersonenpotential.}
 \end{aligned}$$

Das entsprechende Pendant der Arbeitsnachfrageseite ist der Bedarf an Arbeitskräften, der sich aus der Summe von Erwerbstätigen und offenen Stellen ergibt.

Die eben aufgezeigte Differenzierung der Arbeitsangebotsseite wird im folgenden jedoch nur auf die alten Bundesländer angewandt, da sich die Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials in den neuen Bundesländern aufgrund fehlender Zeitreihendaten nicht genau aufschlüsseln läßt. Zudem läßt sich aufgrund von Arbeitspflicht einerseits und Beschäftigungsgarantien sowie damit verbundener verdeckter Arbeits-

losigkeit andererseits eine prinzipielle Identität von Erwerbspersonenpotential und Erwerbstätigen unterstellen (vgl. Fuchs/Magvas/Thon, 1991, 692).

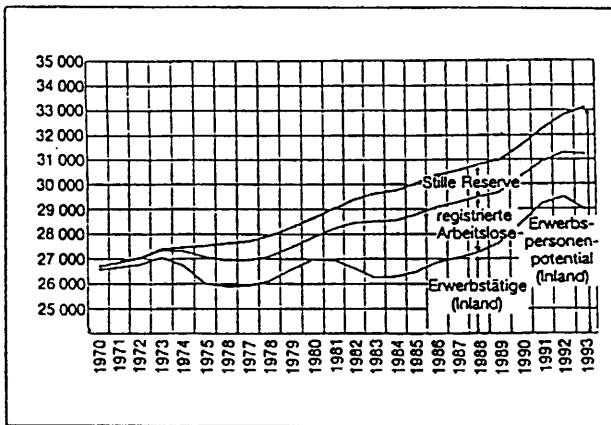
3.1.1 Entwicklung und Stand von Erwerbspersonenpotential und Erwerbstätigenstruktur

Nach einem stetigen und teilweise steilen Anstieg von Potential und Erwerbstätigen seit Mitte der 80er Jahre in den alten Bundesländern (s. Abb. 13) kam es 1992 aufgrund der konjunkturellen Entwicklung zu einem Rückgang der Beschäftigung auf allerdings sehr hohem Niveau. So lag die Zahl der Erwerbstätigen im Dezember 1993 mit 28,789 Mio. um 703 000 unter dem Dezemberniveau von 1991. Der Rückgang der Erwerbstätigenzahlen in den neuen Bundesländern betrug im gleichen Zeitraum 687 000 Personen.

Dieser Rückgang begründet sich vor allem durch starke Arbeitsplatzverluste in den Branchen Maschinenbau, Elektrotechnik, Straßenfahrzeugbau, Bergbau, Chemie und Textil.

Abbildung 13

Arbeitsmarktentwicklung in den alten Bundesländern 1970—1993



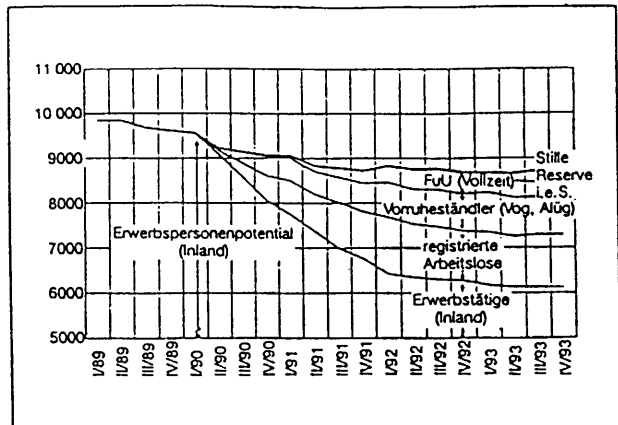
Quelle: Autoren-gemeinschaft, 1993, 446

Die Abbildung 14 verdeutlicht die Arbeitsmarktentwicklung für die neuen Bundesländer und die sich aus der Vereinigung ergebende Dekomposition des Erwerbspersonenpotentials seit 1989.

Um ein detaillierteres Bild zu erhalten, ist es zweckmäßig, diese Zahl nach verschiedenen Kriterien aufzuspalten: Alter, Geschlecht, Sektoren, Qualifikation, inländische und ausländische Arbeitnehmer sowie nach Personen aus den alten und neuen Bundesländern (Für eine breite und ausdifferenzierte Darstellung der Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials sei auf die Untersuchung von Lüken/Heidenreich [1991] auf der Grundlage von Mikrozensusergebnissen verwiesen).

Abbildung 14

Arbeitsmarktentwicklung in den neuen Bundesländern 1989—1993



Quelle: Autoren-gemeinschaft, 1993, 446

Die Tabelle 39 zeigt die Erwerbsquoten in den alten Bundesländern für Frauen und Männer unterteilt nach Altersgruppen für die letzten 30 Jahre. Dabei wird vor allem die Abnahme sowohl der Jugend- als auch der Alterserwerbsarbeit deutlich. Beide Größen haben sich in den letzten 30 Jahren bei den Männern und den ledigen Frauen halbiert. Bei den Jugendlichen ist dies in einer steigenden Bildungsbeteiligung und einem daraus folgenden späteren Eintritt ins Berufsleben begründet. Die wichtigsten Ursachen des Rückgangs der Alterserwerbstätigkeit waren die Frühverrentungsstrategie zur Verringerung der Arbeitslosigkeit und die Einführung der flexiblen Altersrente ohne versicherungsmathematische Abschläge. Ein solcher Rückgang in der Alterserwerbstätigkeit ist kein bundesdeutsches Spezifikum. Vielmehr ist dies Ausdruck eines langfristigen Trends der „Entberuflichung des Alters“, der in nahezu allen westeuropäischen Staaten zu beobachten ist. Er findet selbst in solchen Branchen — wenn auch nicht so ausgeprägt — statt, wo sonst Wachstumseffekte und/oder eine generelle Zunahme der Erwerbstätigkeit zu beobachten ist, wie etwa im Dienstleistungssektor. Insofern ist der Abbau der Alterserwerbstätigkeit nicht konjunkturell bedingt, sondern ein genereller Ausdruck betrieblicher Personalpolitik bzw. betrieblicher Praxis in der Zusammensetzung der Belegschaften und muß folglich auf dem Hintergrund vorherrschender, gegen ältere Beschäftigte gerichteter, betrieblicher Interessenstrukturen gesehen werden. Dies setzt der kurz- wie mittelfristigen Realisierbarkeit solcher Wünsche, die auf die Förderung der Alterserwerbsarbeit abzielen (s. u. Abschnitt 3.4.4), Grenzen. Dies gilt um so mehr, als davon ausgegangen werden kann, daß Frühverrentungen zumindest bis zum Jahr 2010 auch künftig an der Tagesordnung bleiben werden. Nicht zu vergessen sind aber auch diejenigen Frührentner, die schon in den Jahren zuvor „freigesetzt“ worden sind. Ein besonderer Handlungsbedarf besteht in dieser Hinsicht in den neuen Bundesländern, wo Frühverrentung, vorzeitige Freisetzung und Langzeitarbeitslosigkeit vorher weitgehend unbekannt waren und in keiner Weise zur Normalitätserwartung

Tabelle 39

Erwerbsquoten in den alten Bundesländern (in Prozentangaben) 1960 bis 1990

Alters- gruppe	Männer				Frauen							
					ledig				verheiratet			
	in den Jahren 19...											
	60	70	80	90	60	70	80	90	60	70	80	90
15—20	87	65	48	43	85	63	41	37	65	60	62	40
20—25	91	86	82	80	92	84	77	79	51	53	64	83
35—40	98	99	98	98	88	88	91	93	37	40	50	63
55—60	94	94	93	81	78	84	87	74	30	37	41	39
60—65	67	69	44	35	39	41	26	21	16	17	11	11
15—65	92	89	83	83	85	74	61	68	34	38	45	54

Quelle: Franz, 1993, 59

der Arbeitnehmer gezählt haben. Zu den zentralen „Problemgruppen“ zählen vor allem sehr früh und/oder gegen den erklärten eigenen Willen vorzeitig Freigesetzte. Dies betrifft — neben den Ost-Frührentnerinnen und -rentnern — vorzugsweise vorher zumeist Langzeitarbeitslose und Frühinvaliditätsrentner. Beide Gruppen zeichnen sich überdies häufig noch durch ungünstige ökonomische und gesundheitliche Voraussetzungen aus. Des weiteren zählen dazu vorzeitig Freigesetzte mit hoher beruflicher Bindung und/oder ungünstigen privaten und familialen Lebensbedingungen bzw. unzureichenden Kompensationsmöglichkeiten, so vor allem viele alleinstehende Frauen.

Hinsichtlich der sektoralen Beschäftigungsverteilung älterer Arbeitnehmer zeigt sich, daß diese vor allem im warenproduzierenden Gewerbe zu finden und dagegen in den Dienstleistungsbereichen unterrepräsentiert sind. Ferner ist eine betriebsgrößenabhängige Segmentation festzustellen: So waren 1991 etwa

70 v. H. der 50jährigen und älteren Arbeitnehmer in Klein- und Mittelbetrieben beschäftigt, gegenüber 30 v. H. in Großbetrieben (vgl. Hoffmann, 1993).

Wie die Abbildung 15 zeigt, unterscheiden sich auch die Anforderungsprofile von Männern und Frauen hinsichtlich der auszuführenden Tätigkeiten am bundesdeutschen Arbeitsmarkt erheblich.

Dies erlaubt den Schluß, daß eine gegenläufige Beziehung zwischen der Höhe des Bruttoeinkommens je Wirtschaftsbereich und dem jeweiligen Frauenanteil besteht (Abb. 16). Für die DDR läßt sich der gleiche Zusammenhang feststellen (vgl. Roloff/Assenmacher, 1991, 46).

Im Gegensatz dazu zeigt sich eine deutliche Verschiebung bei den Erwerbstätigen — sowohl für Frauen als auch für Männer — hin zu höheren Bildungsabschlüssen (Tab. 40) sowie zu den Dienstleistungen und dienstleistungsanalogen Sektoren (Tab. 41).

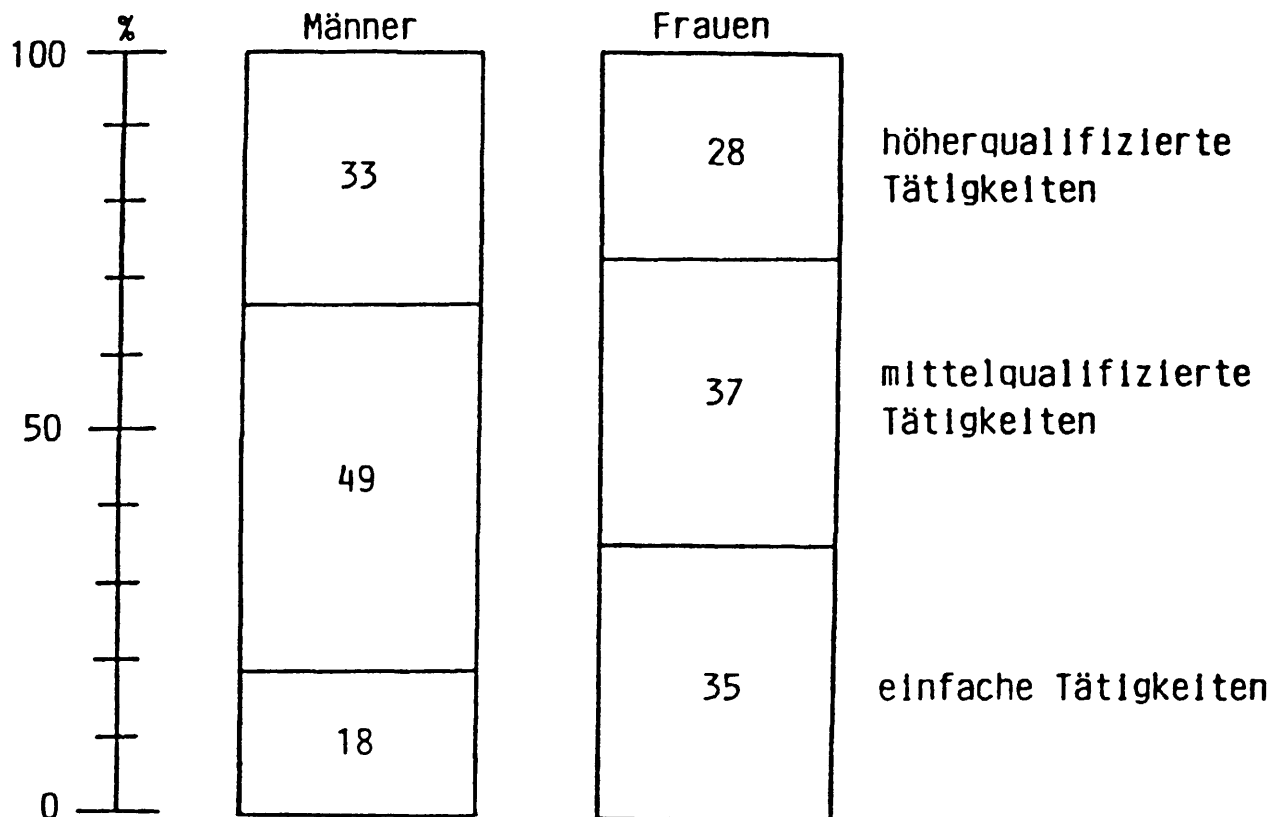
Tabelle 40

Erwerbstätige nach Ausbildungsniveau,
Geschlecht und Alter in den alten Bundesländern 1991

Beruflicher Ausbildungsabschluß	Ausbildungsniveau			
	Alle Erwerbstätigen		Erwerbstätige unter 35 Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Keine Angabe	9,4	10,1	10,4	11,1
Kein beruflicher Ausbildungsabschluß, Praktikum . .	12,9	22,0	13,4	15,3
Lehre, Berufsfachschule	53,6	55,3	59,5	61,3
Fachschule, Technikerschule, Meisterschule	10,4	3,9	7,1	4,1
Fachhochschule	4,9	2,0	3,8	2,5
Hochschule	8,6	6,6	5,6	5,3
Fachschule in der DDR	0,2	0,2	0,2	0,3
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Mikrozensus

Erwerbstätige Männer und Frauen
nach unterschiedlichen Anforderungsprofilen 1989



einfache Tätigkeiten = Hilfstätigkeiten in Produktion, Reinigung, Bewirtung, Lagerhaltung, Transport, einfache Bürotätigkeiten, Verkaufshilfen u. ä.

mittelqualifizierte Tätigkeiten = Fachtätigkeiten in der Produktion, Maschinen einrichten u. ä., Reparieren, Fachver(ein)käufer, Sachbearbeiter, Assistententätigkeiten in Forschung und Entwicklung, nichtakademische Betreuung u. ä.

höherqualifizierte Tätigkeiten = Führungsaufgaben, Organisation und Management, qualifizierte Forschung und Entwicklung, Betreuung, Beratung, Lehren u. ä.

Quelle: Klauer, 1992, 447

Tabelle 41

Sektorale Erwerbstätigkeit in den alten Bundesländern^{a)}

Zeitraum	Erwerbstätige Personen	Land- und Forstwirtschaft	Produzierendes Gewerbe	Handel und Verkehr	Dienstleistungsunternehmen	Staat ^{b)}
1960—1964	26 438 (100)	3 297 (12,5)	12 827 (48,5)	4 808 (18,2)	2 472 (9,4)	3 035 (11,4)
1987—1991	27 935 (100)	1 038 (3,7)	11 111 (39,8)	5 222 (18,7)	5 069 (18,1)	5 495 (19,7)

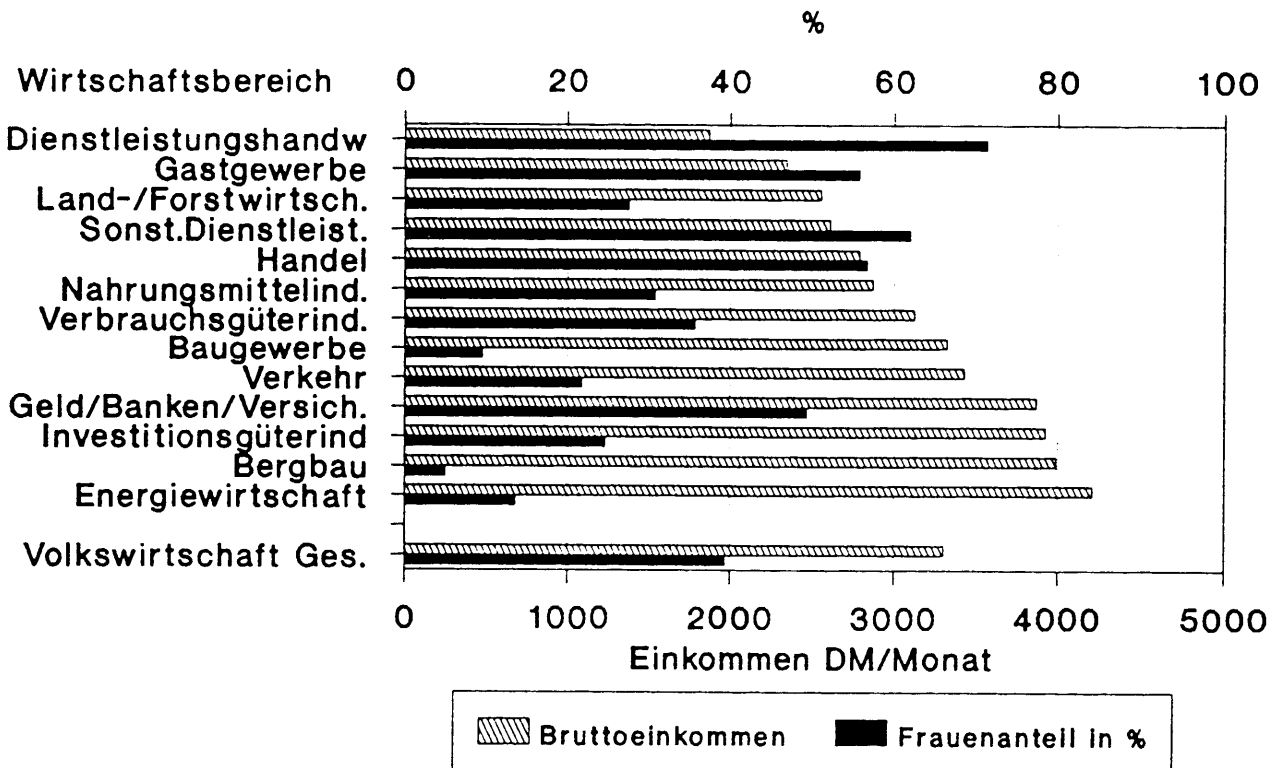
^{a)} Fünfjahresdurchschnitte in Tsd. Personen; Zahlen in Klammern sind die prozentualen Anteile jeden Sektors;

^{b)} einschließlich Erwerbstätige in privaten Haushalten.

Quelle: Franz, 1993, 13

Abbildung 16

Einkommensniveau und Frauenanteile in Wirtschaftsbereichen der Bundesrepublik 1989



Quelle: Assenmacher/Roloff, 1991, 46

Bei annähernder Konstanz der Erwerbstätigenzahlen im Bereich Handel und Verkehr fällt insbesondere die Verdoppelung der Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor und die ebenfalls starke Zunahme im Bereich Staat auf. Zum Teil dürfte diese Entwicklung allerdings auf einer Auslagerung ehemaliger Serviceabteilungen in produzierenden Unternehmen beruhen, mit der Folge, daß diese Abteilungen jetzt als

selbständige Unternehmen im Dienstleistungssektor mitgezählt werden.

Schließlich zeigen sich auch deutliche Unterschiede sowohl hinsichtlich der Stellung im Beruf als auch bezüglich der sektoralen Verteilung zwischen Inländern und Ausländern (Tab. 42).

Deutsche und ausländische Erwerbstätige nach Stellung im Beruf und sektoraler Gliederung

	Ausländer		Deutsche		Ausländer Zweite Generation		Deutsche Vergleichsgruppe	
	1984	1989	1984	1989	1984	1989	1984	1989
	in %							
Stellung im Beruf								
Ungelernte Arbeiter	25	21	5	4	19	11	6	5
Angelernte Arbeiter	45	43	12	12	26	34	11	12
Facharbeiter	20	23	17	16	29	23	20	21
Angestellte	7	9	43	46	22	28	47	49
Selbständige	4	4	12	12	4	3	5	7
Beamte	—	—	11	10	—	—	10	7
Sektor								
Industrie	64	64	34	35	48	57	34	39
Baugewerbe	14	13	8	6	9	6	8	8
Distributiver Sektor	8	6	16	16	25	17	17	15
Sonstiger tertiärer Sektor	14	17	40	39	16	20	39	35

Quelle: Seifert 1992, 531

Hier werden die unterschiedlichen Beschäftigungsschwerpunkte deutlich: Während der Großteil der Ausländer als un- oder angelernte Arbeiter tätig ist, arbeitet die Mehrzahl der Deutschen im Angestelltenbereich. Diese strukturellen Unterschiede gelten trotz einiger Aufweichungen auch noch für die zweite Generation der Ausländer im Verhältnis zur deutschen Vergleichsgruppe. Ähnliches gilt für die sektorale Aufteilung: Teilen sich die deutschen Arbeitnehmer relativ gleichmäßig zwischen der Industrie und dem sonstigen tertiären Sektor auf, so haben die Ausländer ihren Beschäftigungsschwerpunkt in der Industrie und im Baugewerbe. Diese Verteilung gilt auch hier wieder tendenziell für die zweite Generation.

3.1.2 Arbeitslosigkeit: Niveau und Struktur

Die registrierte Arbeitslosigkeit betrug im Januar 1994 für die alten Bundesländer 2,736 Mio. und für die neuen Bundesländer 1,293 Mio.; dies markiert einen neuen Höchststand in der Nachkriegsgeschichte Deutschlands. Diese Zahlen spiegeln jedoch die Verfälschung des Arbeitsmarktes nur unzureichend wider. Um einen vollständigen Überblick über den Stand der Arbeitslosigkeit zu erhalten, müssen zu diesen offiziellen Werten noch folgende Personengruppen gezählt werden: Die Zahl der Kurzarbeiter (multipliziert mit dem Arbeitsausfall bei Kurzarbeit), die Teilnehmer in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Vollzeitteilnehmer von Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen sowie nicht als arbeitslos gezählte Leistungsempfänger (bspw. aufgrund von Vorruhestandsregelungen). Entsprechend einer derartig umfassenden Zählung ergäben sich für den Dezember

1993 rund 5,9 Mio. offene und versteckte Arbeitslose für Gesamtdeutschland.

Die Tabelle 43 zeigt die Struktur der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Nationalität, Alter, Qualifikation und Krankheit. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, daß ein nicht geringer Teil der Arbeitslosen durch eine Kumulation der angegebenen Strukturmerkmale, insbesondere Gesundheitsschäden, Alter und fehlende Ausbildung, gekennzeichnet ist. „Diese Kumulation ungünstiger Strukturmerkmale“ wirkt sich besonders nachteilig für die Beschäftigungschancen aus, wenn das Merkmal „höheres Alter“, in einigen Berufen und Branchen heute bereits ab 45 Jahre, als gegeben angesehen wird. Das relativ geringe Ausmaß der Altersarbeitslosigkeit muß zudem im Zusammenhang mit der sich in den letzten Jahren entwickelten Frühverrentungsneigung der Älteren und der Frühverrentungspraxis der Betriebe gesehen werden.

Andererseits zeigt die Tabelle 44 auch eine starke altersmäßige Segmentierung der Arbeitslosen. Ältere haben zwar aufgrund tarifvertraglicher Kündigungsschutzbestimmungen und verschiedener betrieblicher Senioritätsrechte eine geringere Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden, und ohne diese Schutzbestimmungen wäre ihr Arbeitslosigkeitsrisiko zweifellos noch sehr viel höher; sind sie aber einmal beschäftigungslos, so bleiben sie überdurchschnittlich lange ohne Beschäftigung, und die Wahrscheinlichkeit des Wiedereintritts in das Arbeitsleben ist unterdurchschnittlich gering. So steigt die Dauer der Arbeitslosigkeit mit dem Alter der Arbeitslosen ständig an. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen beträgt in der Altersgruppe der 55–59jährigen und 60–64jährigen 52,7 v. H. bzw. 54,8 v. H. gegenüber 11,3 v. H. bei den 25–29jährigen.

Tabelle 43

Strukturmerkmale der Arbeitslosigkeit

Strukturmerkmal	Anteil an allen Arbeitslosen	Arbeits- losenquote
	(1)	(2)
Geschlecht		
— Männer	50,4	5,7
— Frauen	49,6	7,9
Nationalität		
— Deutsche	88,9	6,3
— Ausländer	11,1	10,0
Alter		
— Jugendliche unter 25 Jahre	15,8	5,2 ^{a)}
— Erwachsene 25—45 Jahre	45,9	5,9 ^{a)}
— Erwachsene 45—65 Jahre	38,3	7,4 ^{a)}
Problemgruppenzugehörigkeit		
— ohne abgeschlossene Ausbildung (OA)	27,3	
— mit gesundheitlichen Einschränkungen (GE)	8,3	
— OA und GE	9,3	

Quelle: Franz, 1993, 96

a) Nennergröße April 1990

Tabelle 44

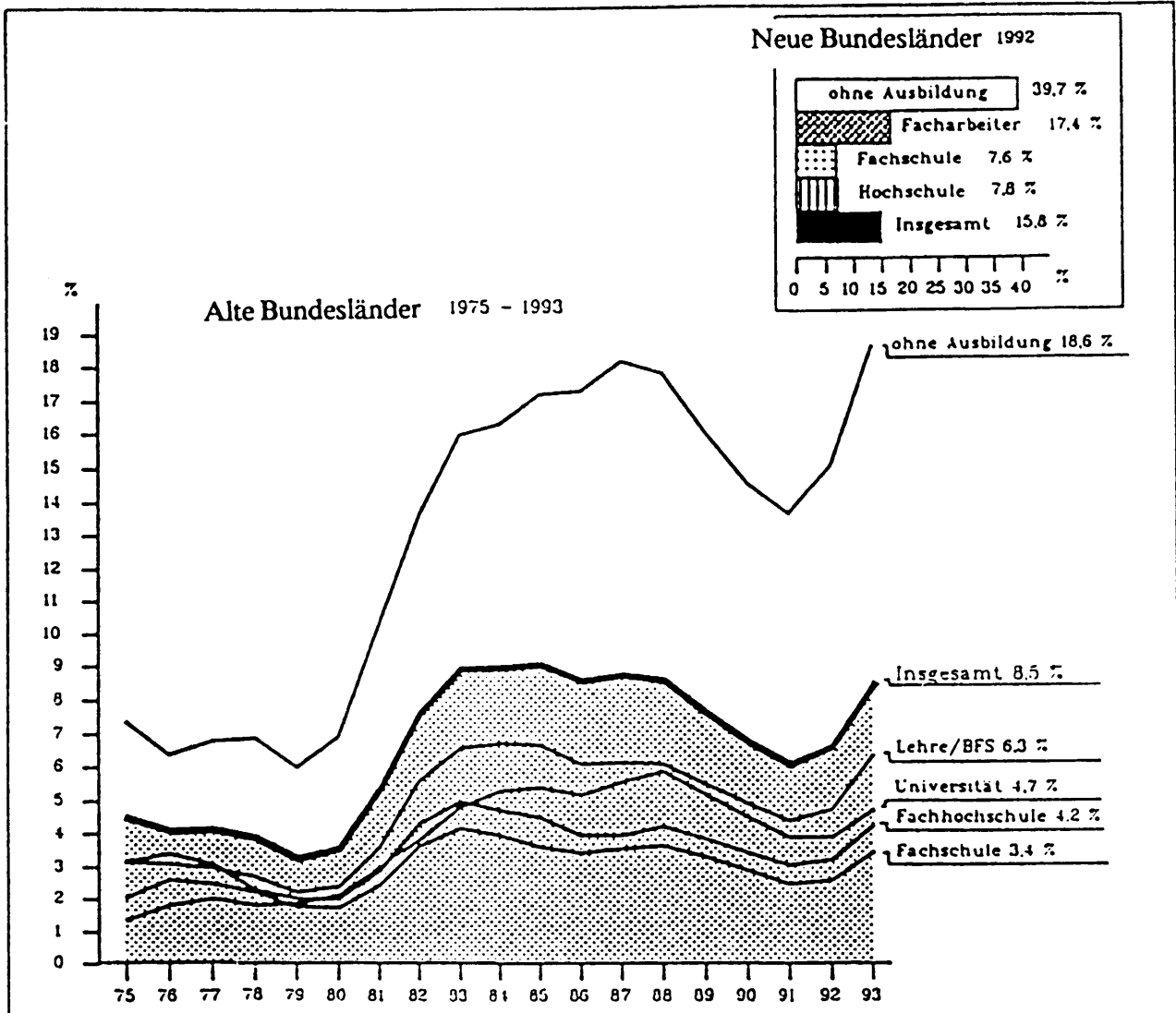
Arbeitslose nach Altersgruppen und Dauer, alte Bundesländer, 1992

Altersgruppe	Arbeitslose insgesamt	in % von Spalte 1 Arbeitslosigkeit seit					
		unter 1 Mon.	1 bis unter 3 Mon.	3 bis unter 6 Mon.	6 bis unter 12 Mon.	1 bis unter 2 Jahre	2 Jahre und mehr
unter 20	60 643	31,7	42	15,7	8,3	2,1	0,2
20—24	204 073	25	36,4	19,3	13,6	4,9	0,8
25—29	252 730	19,4	30,2	21,1	18	8,7	2,6
30—34	232 739	16,4	26,4	20,4	19,8	11,8	5,3
35—39	182 870	15,2	24,3	19,4	20,2	12,8	8,2
40—44	154 675	13,8	22,6	18,7	20,2	13,8	10,8
45—49	134 408	11,7	19,5	17,3	20,6	16,2	14,7
50—54	196 473	8,8	15,7	14,9	19,5	18,7	22,5
55—59	288 162	5,4	12	11,6	18,2	20,7	32
davon 55	49 711	7,1	14,2	13,5	19,7	19,3	26,1
56	58 801	5,5	11,9	12,2	20,4	22,7	27,4
57	74 005	5	12,7	11,7	17,2	23	30,4
58	55 889	5,6	11,8	10,7	16,6	18	37,3
59	49 756	4,1	9,4	9,9	17,5	19,5	39,6
60—64	76 835	4,1	10,3	10,8	20	20,4	34,4
davon 60	28 145	4,1	10,9	11	20,3	20,4	33,3
61	17 956	4,8	12	12,2	22,1	20,5	28,3
62	14 476	4,1	10,5	11,3	20,9	20,5	32,6
63	9 399	3,4	8,2	8,9	17,1	20,4	41,9
64	6 859	3,1	6,2	7,8	14,7	19,5	48,8
Zusammen ..	1 783 608	14,5	23,3	17,3	18,3	13,4	13,2

Quelle: Bundesanstalt für Arbeit, 1993, 504

Abbildung 17

Qualifikationsspezifische Arbeitslosenquoten in beiden Teilen Deutschlands



Quelle: Buttler/Tessaring, 1993, 470

Vor dem Hintergrund der Qualifikation und ihrer Bedeutung als Standortfaktor für die Bundesrepublik Deutschland auf der einen Seite und der Problematik der Dequalifikation der einzelnen infolge von Arbeitslosigkeit auf der anderen Seite, ist es wichtig, auf die Abhängigkeit der Betroffenheit von Beschäftigungslosigkeit vom Qualifikationsniveau hinzuweisen (Abb. 17).

Zwischen Deutschen und Ausländern bestehen erhebliche Differenzen hinsichtlich der Betroffenheit von Arbeitslosigkeit. Tabelle 45 gibt — differenziert nach Alter und Geschlecht — Auskunft über die Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Arbeitnehmern. Die niedrige Wiederbeschäftigungsquote (Wiederaufnahme der Beschäftigung nach Beendigung der Arbeitslosigkeit) verdeutlicht vor allem die Benachteiligung ausländischer Frauen am Arbeitsmarkt, ein Befund, der auch durch eine im Laufe der letzten Jahre stabile, doppelt so hohe

Arbeitslosenquote im Vergleich zu den deutschen Frauen bestätigt wird (vgl. Werner, 1993, 357).

Überraschend ist dagegen die deutlich höhere Wiedereinstellungsquote der ausländischen Männer. Zusätzlich sind aber klare nationalitätenspezifische Unterschiede in den Arbeitslosenquoten zu konstatieren: Betrug die Arbeitslosenquote 1991 für Deutsche 6,5 v. H. und für Ausländer 10,9 v. H., so ist letztere nochmals folgendermaßen zu unterteilen: Italiener 11,4 v. H., Türken 10,2 v. H., Griechen 10,0 v. H., Spanier 6,7 v. H., Jugoslawen 6,2 v. H., Portugiesen 5,2 v. H. und sonstige 11,6 v. H. (vgl. Werner, 1993, 354).

Läßt man den zu jeder Zeit bestehenden Anteil an friktioneller Arbeitslosigkeit außer acht, so ist zunächst zwischen struktureller und konjunktureller Arbeitslosigkeit zu unterscheiden (vgl. Sesselmeier/Blauermel, 1990, 5—10).

Tabelle 45

**Arbeitslosigkeitsdauer
und Wiederbeschäftigungsdauer
nach Nationalität, Alter und Geschlecht**

	Wiederbeschäftigungsquote	Dauer der Arbeitslosigkeit		
		1—6 Monate	7—12 Monate	länger als 1 Jahr
in %				
Ausländer, insgesamt	57	55	18	26
Geschlecht				
Männer	80	65	21	15
Frauen	31	44	15	40
Alter				
16—39 Jahre	59	58	22	21
40—64 Jahre	54	51	11	38
Deutsche, insgesamt	64	60	21	20
Geschlecht				
Männer	69	69	14	17
Frauen	60	49	28	23
Alter				
16—39 Jahre	68	64	20	16
40—64 Jahre	53	47	25	29

Quelle: Seifert, 1992, 553

Friktionelle Arbeitslosigkeit steht für eine temporär unvermeidliche Arbeitslosigkeit aufgrund von Anpassungsvorgängen am Arbeitsmarkt und ist durch die Zeitspanne zwischen Aufgabe der alten und Beginn einer neuen Tätigkeit charakterisiert. Konjunkturelle Arbeitslosigkeit kennzeichnet eine Situation, in der die güterwirtschaftliche Gesamtnachfrage im Verhältnis zu den vorhandenen Produktionsmöglichkeiten unzureichend ist.

Strukturelle Arbeitslosigkeit ergibt sich prinzipiell aus Merkmalsdifferenzen zwischen Arbeitsnachfrage und Arbeitsangebot. Diese Differenzen können regionaler, sektoraler, qualifikatorischer, alters- oder geschlechtsspezifischer Natur sein. In einer engen Abgrenzung wird die Anzahl der offenen Stellen üblicherweise als Anhaltspunkt für die strukturelle Arbeitslosigkeit betrachtet, während der vorhandene Rest dann als konjunkturelle Arbeitslosigkeit gewertet wird (vgl. auch Riese, 1986). Im Oktober 1993 waren für Gesamtdeutschland 123000 offene Stellen bei den Arbeitsämtern registriert, was auf eine eben so hohe strukturelle Arbeitslosigkeit schließen ließe, bei einer konjunkturellen Arbeitslosigkeit von rund 3,4 Mio., die friktionelle Arbeitslosigkeit außer acht gelassen. Berücksichtigt man jedoch, daß der Einschaltungsgrad der Arbeitsämter bei der Stellenvermittlung bei etwa 30 v. H. liegt, so dürfte der tatsächliche Bestand an offenen Stellen eher dreimal so hoch sein.

Will man die Arten und Ursachen der Arbeitslosigkeit daneben bei den Arbeitsmarktparteien festmachen,

so bietet sich folgende zusätzliche Einteilung an: Auf der Arbeitgeberseite können mangelnde Produkt- und Prozeßinnovationen sowie strukturelle Nachfrageverschiebungen zu Arbeitslosigkeit führen, während die Gründe auf der Arbeitnehmerseite in falschen bzw. unzureichenden Qualifikationen, mangelnder Mobilität und zu hohen bzw. zu starren Löhnen und Lohnstrukturen zu finden sein können.

Die Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern muß vor dem Hintergrund der Systemtransformation und der damit zusammenhängenden Auflösung von Absatzmärkten, Änderung von Nachfragepräferenzen usw. eher als Sondersituation betrachtet werden. Bei hoher Arbeitslosigkeit in Gesamtdeutschland ist hinsichtlich der einzelnen Gruppen von Arbeitslosen vor allem auf die sehr hohe Frauenarbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern hinzuweisen. Diese hat ihren Ursprung in der ehemals im Vergleich zur Bundesrepublik wesentlich höheren Frauenerwerbsquote in der DDR und in einem relativ stärkeren Abbau gerade der von Frauen besetzten Arbeitsplätze. Im übrigen scheint sich derzeit auch in den neuen Bundesländern das zu wiederholen, was in der Vergangenheit schon in Westdeutschland typisch war, nämlich in Beschäftigungskrisen vornehmlich die marktschwächeren Arbeitnehmergruppen u. a. mit Hinweis auf ihre Alternativrollen (Frauen = Hausfrauen, Ältere Arbeitnehmer = Rentner) zu verdrängen.

3.2 Zukünftige Arbeitsmarktentwicklung bis 2030

3.2.1 Vorbemerkung

Die folgende Darstellung der zukünftigen Arbeitsmarktentwicklung für die nächsten knapp 40 Jahre resultiert aus der Zusammenfassung bzw. der Zusammentragung der wichtigsten Projektionen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW, 1993), des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Thon, 1991; Thon, 1991a; Fuchs/Magvas/Thon, 1991; Buttler/Thon, 1993), des Verbands deutscher Rentenversicherungsträger (Grütz et al., 1993) und der Prognos AG (Prognos, 1993; Rothkirch, 1993). Die Wiedergabe beschränkt sich aus Gründen der Übersichtlichkeit auf eine knappe Skizzierung der wichtigsten prognostizierten Trends. Die darüber hinausgehenden relevanten Abbildungen und Tabellen der einzelnen Studien sowie eine, die Annahmen zusammenfassende, Matrix sind im Anhang dokumentiert (Die Projektionen von Hof [1993] zur Bevölkerungs- und Arbeitsmarktentwicklung in der Europäischen Union bis zum Jahre 2020 werden hier nicht explizit berücksichtigt. Denn die dort enthaltenen Szenarien für die Bundesrepublik Deutschland unterscheiden sich nicht von den hier verwendeten. Deutlich wird in dieser Arbeit von Hof allerdings, daß die Entwicklung in Deutschland kein Einzelfall ist, sondern vielmehr der Normaltypus in der EU, wenn auch um ein paar Jahre nach vorne verschoben [vgl. hierzu auch Buttler/Thon, 1993]).

Abbildung 18

Die Trends werden getrennt nach Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage unter Berücksichtigung der einzelnen Einflußfaktoren auf diese Größen beschrieben (vgl. Sesselmeier/Blauermeil, 1990, 218; vgl. Rothkirch, 1993, 178). Nach dieser getrennten Darstellung folgt im Zwischenfazit eine bilanzierende Zusammenführung von Angebot und Nachfrage zur Strukturierung der Erwerbspersonen in Erwerbstätige und Erwerbslose.

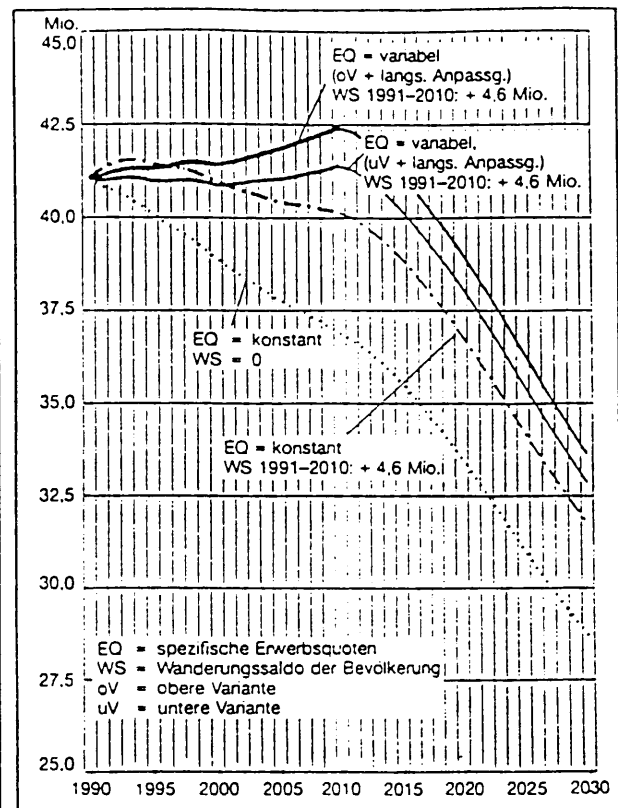
3.2.2 Die Entwicklung des Arbeitsangebotes

Die Einflußfaktoren auf das Arbeitsangebot sind zum einen die Bevölkerungsentwicklung entsprechend den inländischen Veränderungen und der Migration und zum anderen die Erwerbsneigung, abhängig von einer Vielzahl unterschiedlichster Determinanten. Um Angaben über die Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials machen zu können, müssen in den jeweiligen Prognosen zunächst die einzelnen Einflußparameter isoliert betrachtet und in verschiedene wahrscheinliche Varianten differenziert werden, die dann wieder zu einer Gesamtprognose zusammengefaßt werden können. Ohne an dieser Stelle näher auf die Varianten und deren Kombinationen einzugehen, muß diese isolierende Vorgehensweise allerdings hinsichtlich der wichtigsten drei Einflußgrößen — natürliche Bevölkerungsentwicklung, Migration und Erwerbsverhalten — verdeutlicht werden, da man damit auch Referenzprognosen unter ceteris paribus-Annahmen modellieren kann (vgl. hierzu Thon, 1991, 708). Die demographische Komponente ist in der Weise zu isolieren, daß man Projektionen — ausgehend von natürlichen Bevölkerungsbewegungen — unter Konstanzhaltung der Erwerbsquoten und Ausblendung von Wanderungen durchführt. Nimmt man hierzu Annahmen zur Migrationsentwicklung, so ist dieser Parameter zu bestimmen. Als drittes können dann variable Erwerbsquoten eingeführt werden.

Daneben ist ferner darauf hinzuweisen, daß die vier zur Verfügung stehenden Studien bei gleichem Startzeitpunkt (1990 bzw. 1991) unterschiedliche Projektionszeiträume aufweisen. So gehen die Prognosen von Prognos und des DIW nur bis zum Jahr 2010, wohingegen das IAB und der VDR bis zum Jahr 2030 prognostizieren. Für die Darstellung hier wird auf eine Unterscheidung zwischen neuen und alten Bundesländern verzichtet. Die Gründe hierfür sind — entsprechend den zugrundeliegenden Studien — eine Angleichung der Geburten- und Sterbeziffern sowie der Erwerbsquoten während des Prognosezeitraums. Die gegenwärtigen Unterschiede in diesen drei Größen können als noch systembedingt, bzw., was beispielsweise den aktuellen dramatischen Geburtenrückgang in den neuen Bundesländern betrifft, als schockbedingte Überreaktion auf den Systemwechsel betrachtet werden.

Die allgemeine quantitative Entwicklung des Arbeitsangebotes kann mit den folgenden beiden Abbildungen, die das jeweilige Ergebnis von IAB (Abb. 18) und VDR (Abb. 19) zeigen, veranschaulicht werden.

Gesamtdeutsches Erwerbspersonenpotential
1990—2030



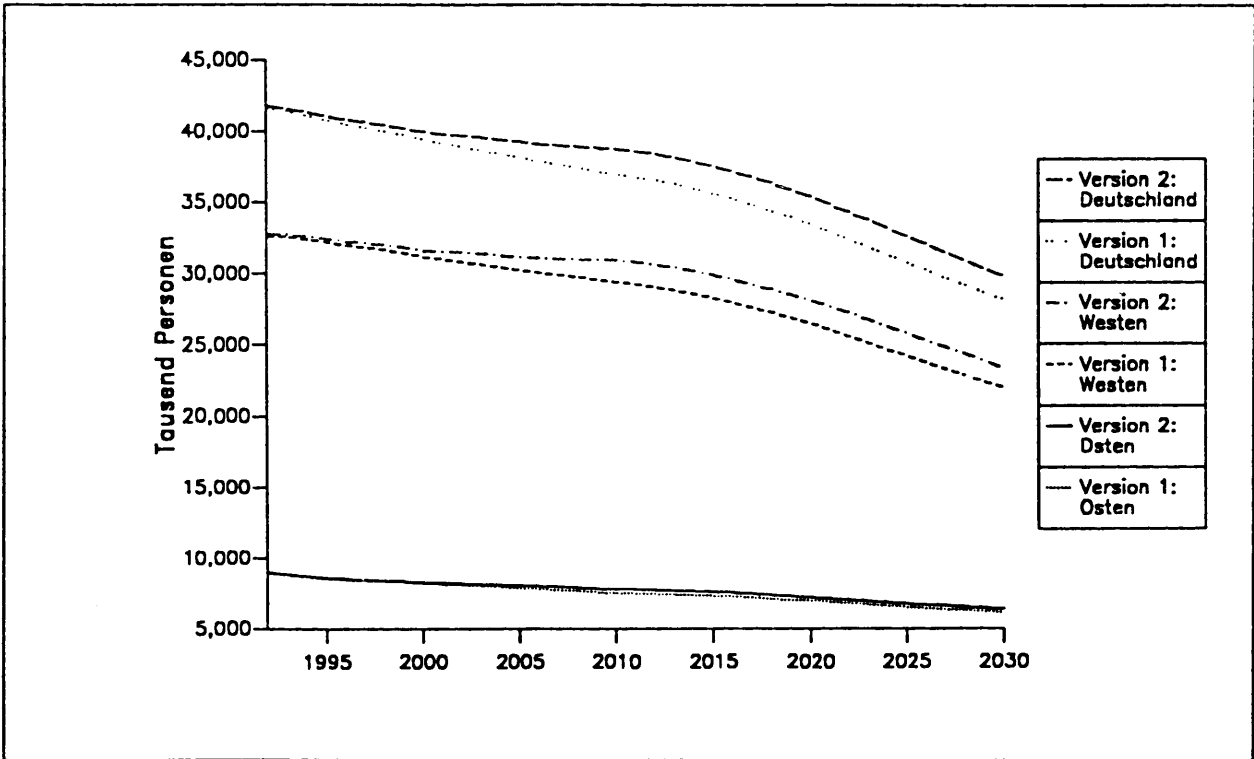
Quelle: Thon, 1991, 709

Beide Graphiken zeigen den gleichen Verlauf des Erwerbspersonenpotentials für die nächsten knapp 40 Jahre. Der Ausgangspunkt für beide Projektionen ist im wesentlichen der gleiche. Während die VDR-Studie einen im Prinzip stetigen Rückgang mit einem relativen „peak“ im Jahr 2014 errechnet, kommt das IAB zu einem Anstieg des Erwerbspersonenpotentials bis zum Jahr 2010 in den beiden realistischen Modellrechnungen, dann aber zu einem starken Rückgang. Dieser scheinbar offenkundige Unterschied ist allerdings in den unterschiedlichen Maßstäben beider Abbildungen begründet. So kommt der VDR im Jahr 2030 zu einem um rund zwei Mio. geringeren Erwerbspersonenpotential für Gesamtdeutschland als das IAB in seiner oberen Variante. Wichtiger als dieser Unterschied ist jedoch der generelle Verlauf, der für den Zeitraum bis zum Jahr 2010 von Prognos mit einer Veränderung von 41 Mio. (1991) auf 39,7 Mio. (2010) und vom DIW ähnlich beschrieben wird.

Rein quantitativ ist aufgrund der Projektionen von IAB und VDR somit von einem Rückgang des Erwerbspersonenpotentials in einer Größenordnung von rund 7,5—10,5 Mio. Personen bis zum Jahr 2030 auszugehen. Der geringere Rückgang in der IAB-Prognose dürfte mit deren alternativen altersmäßigen Abgrenzung zusammenhängen. Während der VDR das erwerbsfähige Alter zwischen 15 und 65 definiert, liegt es beim IAB zwischen 15 und 75 Jahren.

Abbildung 19

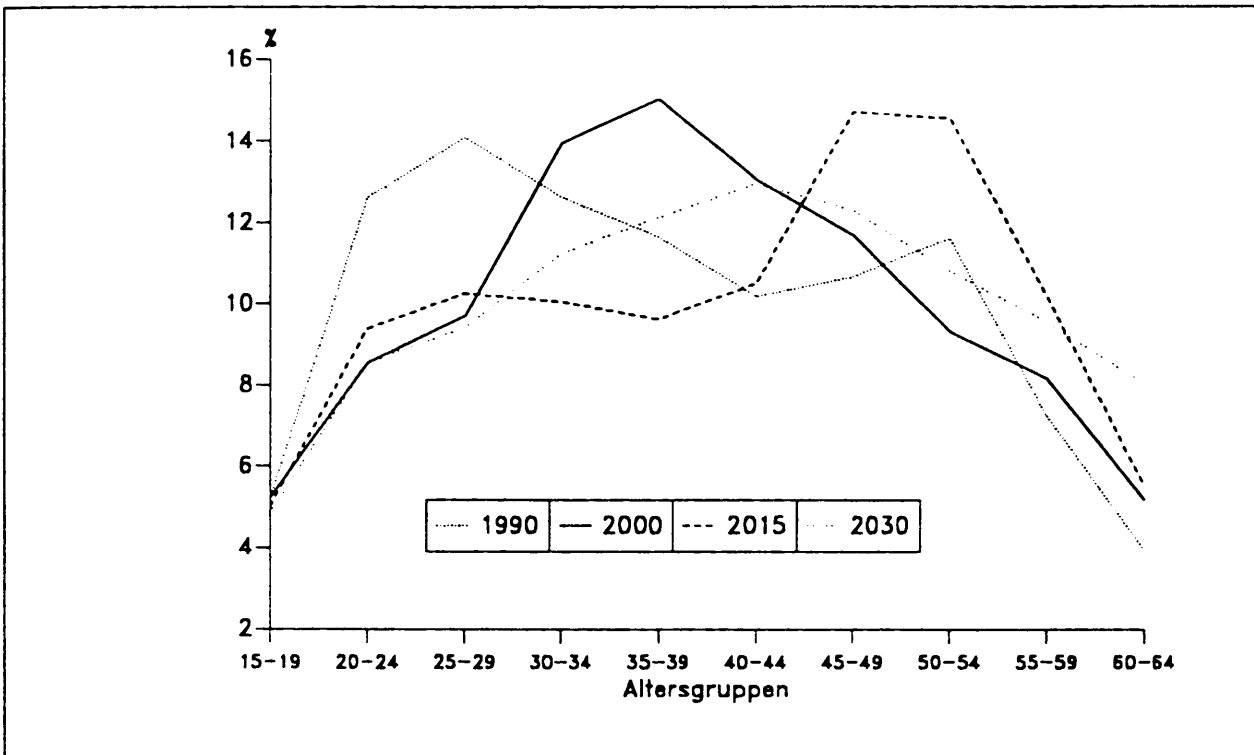
Erwerbspersonenpotential bis 2030



Quelle: Grütz et al., 1993, 455

Abbildung 20

Altersstruktur des Erwerbspersonenpotentials



Quelle: Grütz et al., 1993, 456

Zusätzlich hierzu zeigen die Prognosen auch eine deutliche Verschiebung in der Altersstruktur des Erwerbspersonenpotentials in der Abbildung 20 nach rechts.

Über die Entwicklung des ausländischen Erwerbspersonenpotentials werden aufgrund des unterstellten Wanderungssaldos nur indirekt Aussagen getroffen, wobei IAB und Prognos einen Wanderungssaldo von 4,6 bzw. 4,2 Mio. Zuwanderern bis zum Jahr 2010 unterstellen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß das Erwerbspersonenpotential — nach einer Stagnation bzw. einem relativen Anstieg bis etwa zum Jahr 2010 — in erheblichem Maße sinkt und im Jahr 2030 weit unter dem Ausgangsniveau zu Beginn der 90er Jahre liegen wird. Gleichzeitig findet eine demographisch bedingte Verschiebung in der Altersstruktur der Erwerbspersonen statt.

3.2.3 Die Entwicklung der Arbeitsnachfrage

Der Prognose der Entwicklung der Arbeitsnachfrage liegen ebenfalls eine Vielzahl von Determinanten zugrunde, deren Vorausschätzung gleichfalls mit großen Unsicherheiten behaftet sind. IAB und DIW machen hierzu in den hier verwendeten Studien keine

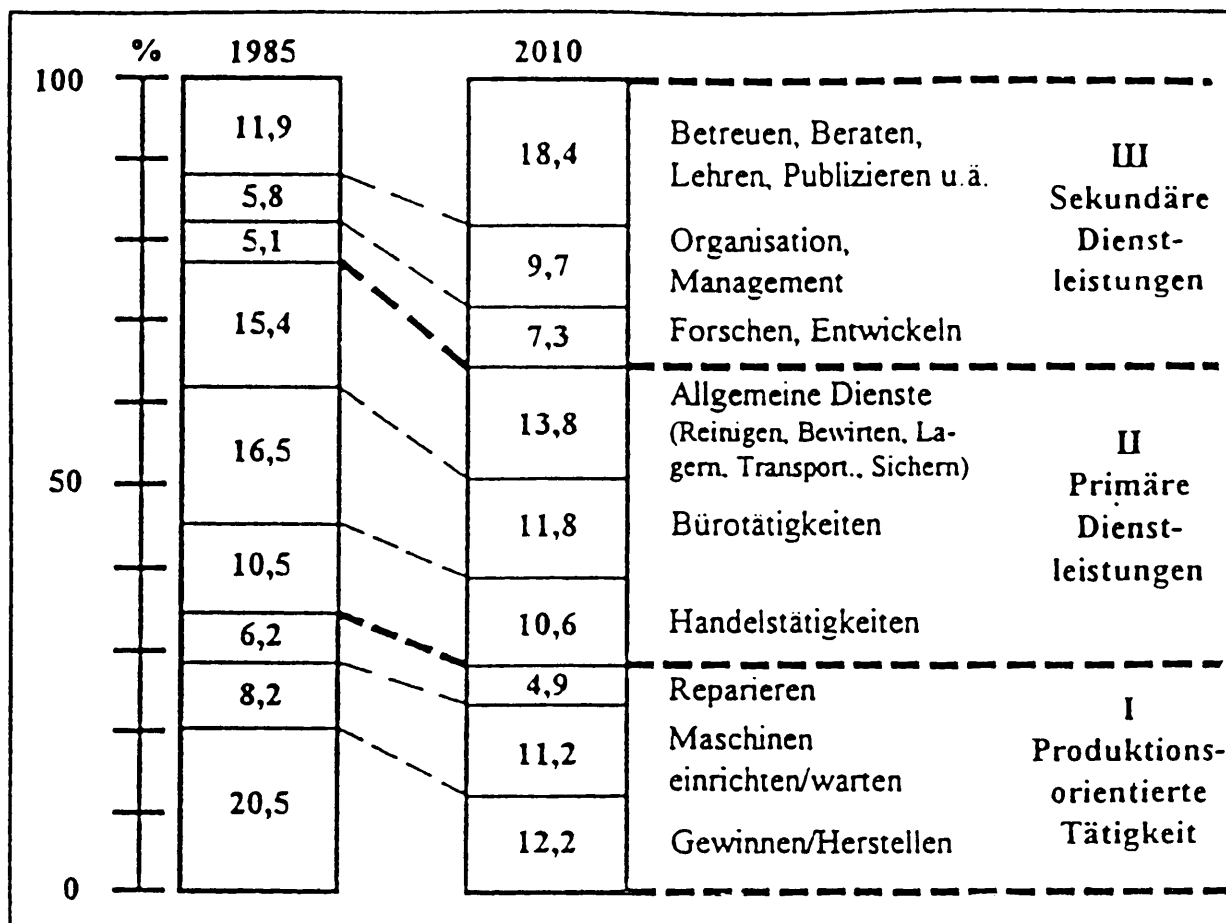
Angaben. VDR und Prognos stellen dagegen Berechnungen zur Zahl der Erwerbstätigen auf, die als Größe für die Arbeitskräftenachfrage herangezogen werden können.

Hinsichtlich der, die Nachfrage beeinflussenden, Determinanten wird von folgenden Annahmen ausgegangen (vgl. Rothkirch, 1993, 181 ff.):

Die private Konsumnachfrage dürfte aufgrund von Entspargtendenzen zu einer Stütze des Wirtschaftswachstums werden. Eine Exportquotensteigerung erscheint aufgrund der zunehmenden internationalen Konkurrenz, der bereits erreichten hohen Verflechtung sowie der Stabilität der D-Mark als ziemlich unwahrscheinlich. Die Investitionstätigkeit dürfte insbesondere von Rationalisierungsinvestitionen zur Aufrechterhaltung bzw. Wiedererlangung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit geprägt sein und hat deshalb eher arbeitsplatzsparenden Charakter. In dem Maße, in dem die internationale Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands zunimmt, kann auch der Export wieder zu einer Stütze des Wirtschafts- und Arbeitsplatzwachstums werden. Ebenso wird die Entwicklung der Lohnstückkosten eine relevante Rolle spielen. Öffentliche Investitionen werden — gleichwohl sie als notwendig erscheinen — zumindest in den 90er Jahren aufgrund der angespannten öffentlichen Haushaltslage keine expansive Wirkung haben.

Abbildung 21

Erwerbstätige nach Tätigkeitsgruppen



Quelle: Klauer, 1993, 26

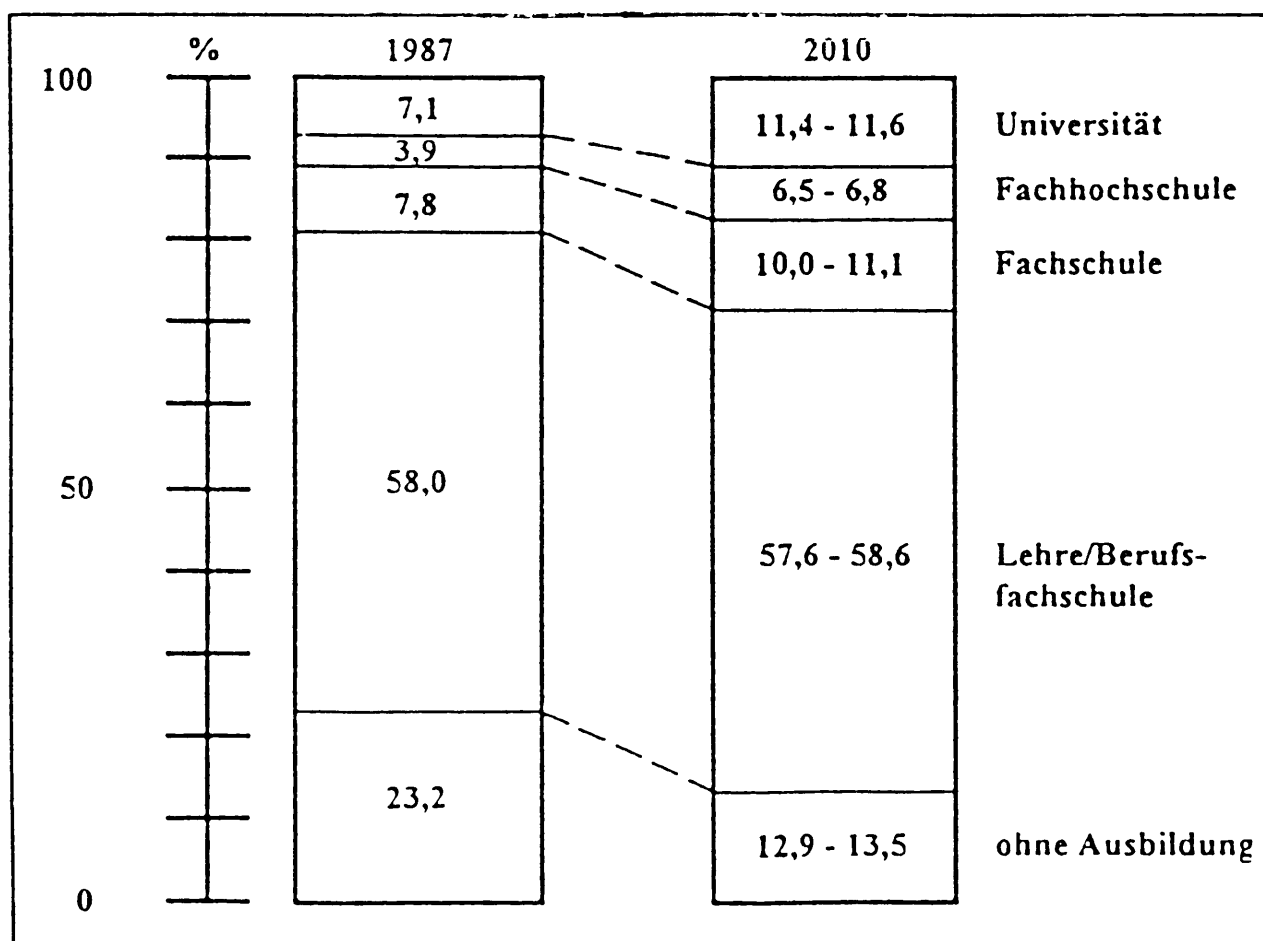
Hinsichtlich der veränderten, im Sinne von steigenden qualifikatorischen Anforderungen an die Arbeitnehmer (aufgrund des technologischen Wandels und der Schwerpunktverschiebung in Richtung Dienstleistungen) können Aussagen zur qualitativen Verschiebung der Arbeitsnachfrage getroffen werden.

So zeigt die vorstehende Abbildung 21 eine deutliche Verschiebung der Tätigkeiten bis zum Jahr 2010 weg von den produktionsorientierten Tätigkeiten, die einen entsprechend geringeren Qualifikationsbedarf haben, hin zu den sekundären Dienstleistungen, deren Aufgabenerfüllung auch einen hohen Anteil extrafunktionaler Qualifikationen — wie sie insbesondere ältere Arbeitnehmer besitzen — bedürfen, bei nur mäßigem Anstieg der primären Dienstleistungen. In entsprechendem Umfang erhöht sich auch der Bedarf an formalen Qualifikationen bis zum Jahr 2010, wobei der Anteil der Qualifikationsebene Lehre/Berufsfachschule konstant bleiben wird, während sich die Anteile für Universitäten, Fachhochschulen und Fachschulen um insgesamt etwa 10 v. H. erhöhen werden und die Nachfrage nach Arbeitskräften ohne Ausbildung in entsprechendem Umfang sinken wird (vgl. Abb. 22). Generell dürfte davon auszugehen sein, daß dieser Trend auch über das Jahr 2010 hinaus gilt.

ler Qualifikationen — wie sie insbesondere ältere Arbeitnehmer besitzen — bedürfen, bei nur mäßigem Anstieg der primären Dienstleistungen. In entsprechendem Umfang erhöht sich auch der Bedarf an formalen Qualifikationen bis zum Jahr 2010, wobei der Anteil der Qualifikationsebene Lehre/Berufsfachschule konstant bleiben wird, während sich die Anteile für Universitäten, Fachhochschulen und Fachschulen um insgesamt etwa 10 v. H. erhöhen werden und die Nachfrage nach Arbeitskräften ohne Ausbildung in entsprechendem Umfang sinken wird (vgl. Abb. 22). Generell dürfte davon auszugehen sein, daß dieser Trend auch über das Jahr 2010 hinaus gilt.

Abbildung 22

Arbeitskräftebedarf nach Qualifikationsebenen



Quelle: Klauder, 1993, 28

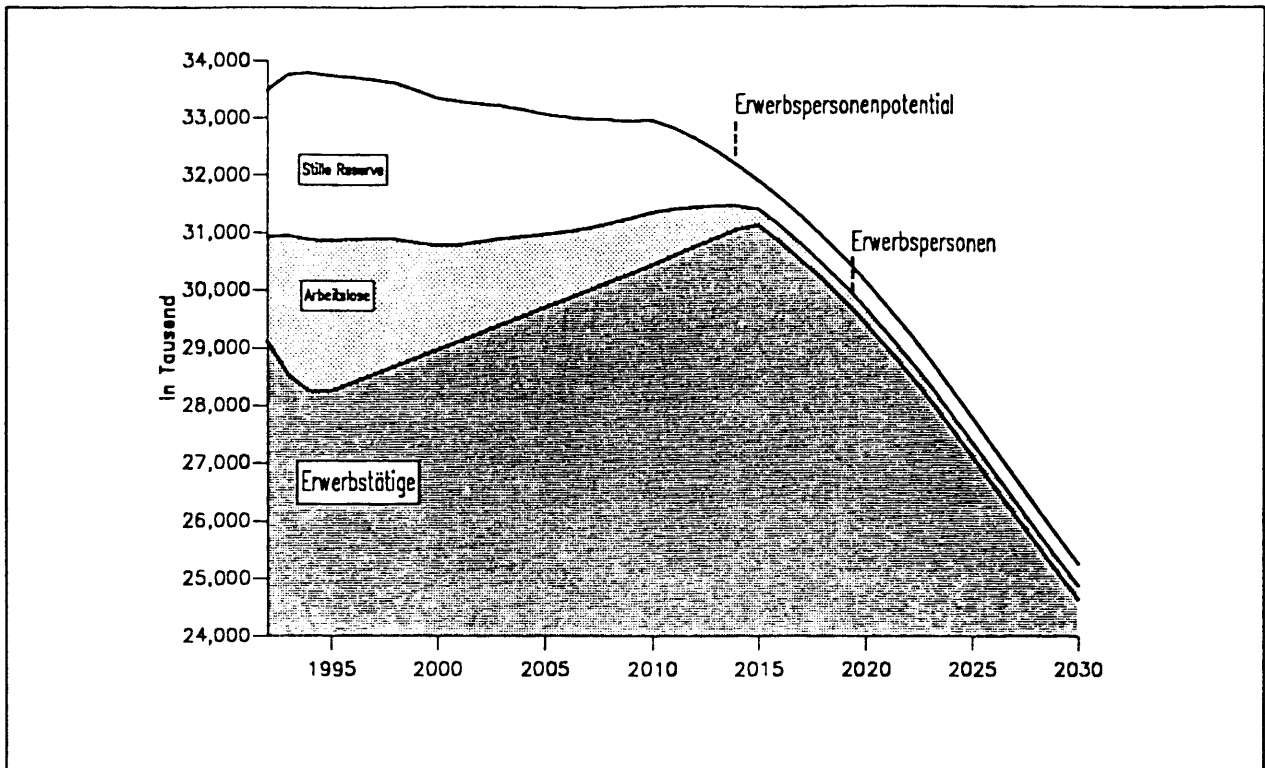
Insgesamt veranschlagt der VDR für das Jahr 2030 für Gesamtdeutschland Erwerbstätige in Höhe von knapp 31 Mio. Arbeitnehmern (vgl. Grütz et al., 1993, 485f.). Dies würde gegenüber 1992 einem Rückgang von knapp 5 Mio. Arbeitsplätzen entsprechen. Diese Annahmen sind allerdings aufgrund des Strukturwandels der Weltwirtschaft mit Vorsicht zu behandeln. Denn die Auswirkungen neuer Technologien, neuer Organisationsformen, sowie zunehmender Internationalisierung auf die Arbeitswelt und insbesondere auf die Arbeitsnachfrage sind zur Zeit kaum valide quantitativ abschätzbar.

3.2.4 Zwischenfazit

Die zusammenfassende Arbeitsmarktbilanz führt die Ergebnisse zu den Arbeitsangebots- und -nachfrageprojektionen zusammen. Die beiden folgenden Abbildungen 23 und 24 aus der VDR-Studie zeigen die Entwicklung in eindeutiger und prägnanter Weise für die alten und neuen Bundesländer getrennt. Deutlich wird auch der im Prinzip gleiche Verlauf.

Arbeitsmarktbilanz in den alten Bundesländern

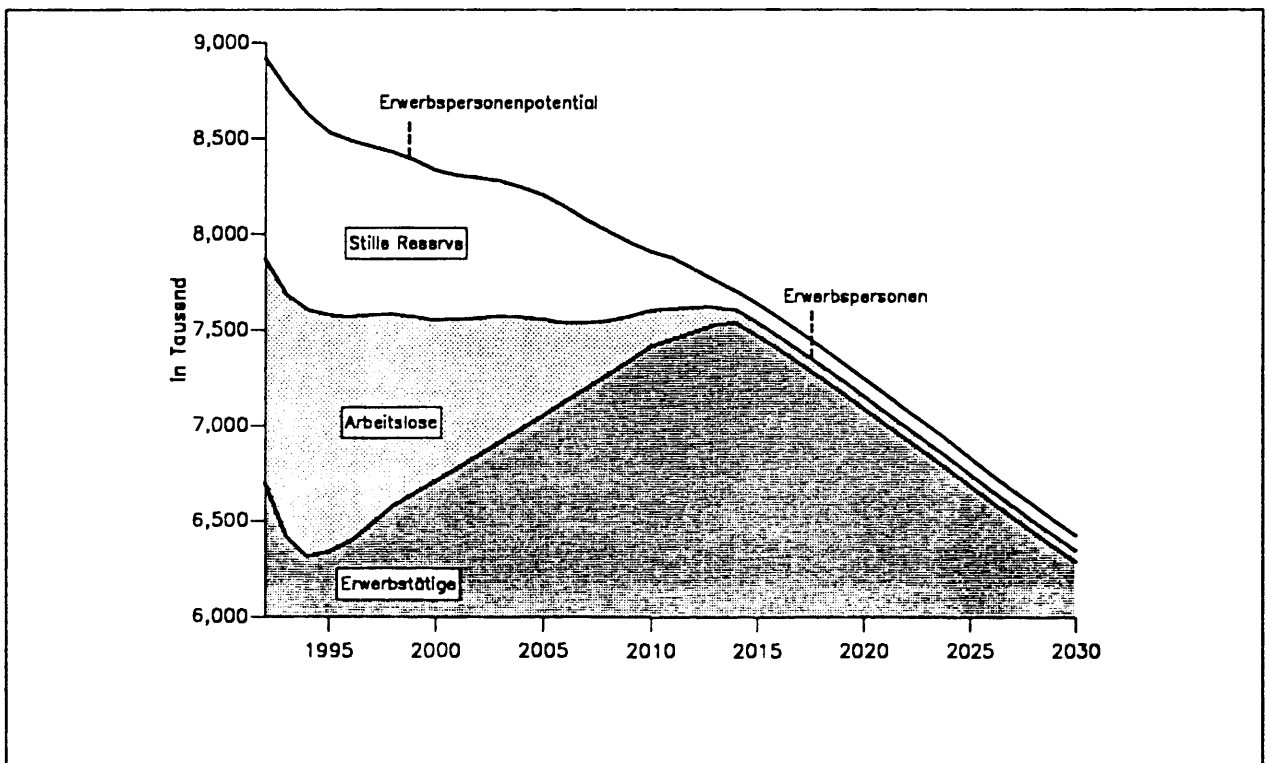
Abbildung 23



Quelle: Grütz et al., 1993, 460

Arbeitsmarktbilanz in den neuen Bundesländern

Abbildung 24



Quelle: Grütz et al., 1993, 460

Die Alterung des Erwerbspersonenpotentials, die vom Jahr 2010 an stark ausgeprägt sein wird, kann als unumstößlicher demographischer Trend gelten. Dies bedeutet, daß die Anforderungen der Arbeitswelt von morgen und übermorgen von insgesamt älteren Belegschaften bewältigt werden müssen. Dafür gilt es bereits heute, Vorkehrungen zu treffen.

Ebenso deutlich ist dabei die Zweiteilung des Prognosezeitraums — in einen Bereich mit hoher Arbeitslosigkeit bis nach dem Jahr 2010 und einer sich daran anschließenden Periode eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes — unter der Voraussetzung, daß das Erwerbspersonenpotential dem Arbeitsangebot und die Erwerbstätigen der Arbeitsnachfrage gleichgesetzt werden. Allerdings bleibt offen, ob dieses „kalkulierte“ Arbeitsmarktgleichgewicht nicht zugleich ein Hemmschuh für die wirtschaftliche Entwicklung ist, wenn das Arbeitsangebot qualitativ nicht mehr flexibel auf Anforderungsänderungen reagieren kann. Ein derartiges prognostiziertes Arbeitsmarktgleichgewicht kann bei Konstanz der gegenwärtigen Verhaltensweisen hinsichtlich lebenslanger beruflicher Bildung und regionaler Mobilität sowohl zu einem qualifikatorischen als auch zu einem regionalen mismatch (Ungleichgewicht) führen.

Hinsichtlich der regionalen Mobilität verschiedener Altersklassen ist von einer mit dem Alter sinkenden Wanderungsbeteiligung und steigenden Entfernungsempfindlichkeiten auszugehen (vgl. Friedrich, 1993). Wenn also ältere Menschen nochmals umziehen, dann sind die Entfernungen eher gering. Quantitativ erscheint daneben der Fall des Arbeitskräftefizits als möglich und relevant.

Wichtig ist, daß auch ein derartiges Arbeitsmarktgleichgewicht bei nahezu vollständiger Markträumung unter den Kriterien der Anpassungsflexibilität und Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit durchaus angebotserhöhende Maßnahmen erfordern kann.

3.3 Handlungsbedarf

- (1) Das generative Verhalten der deutschen Bevölkerung (steigende Lebenserwartung und niedrige Geburtenziffern — bildlich gesprochen: von der Pyramide zum Pilz) führt im Prognosezeitraum zu einem alternden und kleiner werdenden Erwerbspersonenpotential.
- (2) Aufgrund des sich daraus ergebenden Mangels an Nachwuchskräften muß über eine effizientere Verteilung der Arbeitskräfte im Zeitablauf nachgedacht werden. Ein Mangel an einem entsprechend qualifizierten Arbeitsangebot muß vor dem Hintergrund der Wettbewerbsfähigkeit vermieden werden. Das Bildungsverhalten wird somit eine wichtige Rolle spielen.
- (3) Es wird darum gehen müssen, die zu beobachtende Tendenz zur Verjüngung der Belegschaften in den Unternehmen angesichts des prognostizierten Anstiegs des Durchschnittsalters umzukehren. Diese Umkehr kann nur sehr begrenzt über Altersgrenzenregulierungen bzw. -bestimmungen geschehen (s. auch unten These (8)); vielmehr kommt

es darauf an, die Voraussetzungen für die Alterserwerbsarbeit auf den inner- und außerbetrieblichen Arbeitsmärkten zu stärken.

- (4) Der Anteil ausländischer Personen an der Gesamtbevölkerung und dem Erwerbspersonenpotential wird sich auch in Zukunft — unabhängig von deren Zuwanderung — aufgrund der höheren Nettoerproduktionsrate der Immigranten — trotz Assimilation — erhöhen.
- (5) Die Zuwanderungen werden den Trend der Schrumpfung und Alterung des Erwerbspersonenpotentials nur in die weitere Zukunft verlagern, nicht jedoch stoppen oder umkehren und ab etwa dem Jahr 2010 wohl auch nicht mehr kompensieren können.
- (6) Da die momentanen Wanderungssalden die prognostizierten übertreffen, kann sich der Zeitpunkt von These (5) noch weiter in die Zukunft verschieben. Bezüglich des möglichen bevölkerungspolitischen Zieles einer Konstanthaltung der Bevölkerung ist die gegenwärtige Zuwanderung deutlich zu hoch. Die qualitative Aussage ändert sich dadurch jedoch nicht.
- (7) Die Erwerbsquoten der Männer werden sich kaum ändern und weiterhin über denen der Frauen liegen. Letztere werden in einem Prozeß der gegenseitigen Anpassung von neuen und alten Bundesländern steigen. Zu beeinflussen sind jedoch die altersspezifischen Erwerbsquoten von Frauen und Männern.
- (8) Die Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters führt in den Projektionen nur zu einer geringen Ausdehnung der Altersarbeit bei den über 60jährigen, während sich die Erwerbsquote der 55- bis 60jährigen erhöhen wird. Dies spiegelt vor allem den großen Unterschied zwischen gesetzlichem und faktischem Renteneintrittsalter wider.
- (9) Diese Trends führen langfristig zu einer Verknappung des Arbeitsangebots, das die Reaktionsfähigkeit des Arbeitsmarktes und der Unternehmen lähmen und somit die internationale Konkurrenzfähigkeit der bundesdeutschen Volkswirtschaft beeinträchtigen kann. Eine höhere Lohnflexibilität kann nicht zu einer umfassenden Lösung führen, da in einzelnen Wirtschaftssektoren aufgrund der dortigen Beanspruchung der Arbeitnehmer eine jugendzentrierte Arbeitsnachfrage notwendig bleiben wird.

Der aus diesen Thesen abzuleitende Handlungsbedarf stellt die Politik vor zum Teil gegensätzliche Aufgaben. Während es gilt, für die nächsten 10—15 Jahre die Zahl der Arbeitsplätze zu erhöhen, spricht vieles dafür, daß sich in den Jahren danach ein Mangel an Arbeitskräften bemerkbar machen wird. In einer mehr qualitativen Perspektive erscheint diese Problemstellung weniger unvereinbar, da bereits für die Zeit hoher Arbeitslosigkeit ein gleichzeitiger Mangel an qualifiziertem Personal prognostiziert wird. Bei der Bewältigung der anstehenden Probleme darf somit weder die nachgelagerte entgegengesetzte Entwicklung noch der Qualifikationsaspekt außer acht gelassen werden, wenn es zu für Unternehmen und

Arbeitnehmer gleichermaßen sozialverträglichen Weichenstellungen kommen soll. Die Politik hat hierzu prinzipiell zwei Möglichkeiten: Sie kann sowohl die Entwicklung der demographischen Prozesse und Faktoren — Fertilität und Mortalität, Eheschließungs- und Scheidungsverhalten, Bevölkerungsgröße, Alters-, Haushalts- und Nationalitätenstruktur — insgesamt als auch nur die Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials zu beeinflussen versuchen. Die im nächsten Kapitel zu diskutierenden Optionen werden sich einzig auf den zweiten Aspekt beziehen, wobei dieser aber nicht als vom ersten Aspekt unabhängig zu betrachten ist.

3.4. Optionen

Die politischen Handlungsoptionen müssen berücksichtigen, daß im zu untersuchenden Zeitraum bis zum Jahr 2030 die Ungleichgewichtssituation am Arbeitsmarkt von einem Arbeitsplatzmangel zu einem Arbeitskräftemangel wechselt. Aufgrund verschiedener Aspekte wie der Planungssicherheit für die Privatwirtschaft, Verlässlichkeit der Politik, notwendige Vorlaufzeiten politischer Maßnahmen oder der gesellschaftlichen Akzeptanz und Umsetzungsmöglichkeit sollten diese beiden unterschiedlichen Zeitphasen nicht zu einem Bruch im Optionen-katalog führen. Aus diesen Gründen werden die nachstehend diskutierten Optionen nicht für die beiden hinsichtlich des Arbeitsmarktungleichgewichts unterschiedlichen Zeiträume getrennt behandelt. Es wird vielmehr innerhalb der einzelnen Optionen auf die beiden Phasen hingewiesen. Um beschäftigungspolitische Maßnahmen geordnet diskutieren zu können, soll einer Einteilung gefolgt werden, die sich aus einem im Anhang skizzierten Modell bzw. aus funktionalen Zusammenhängen ergibt. Daneben darf allerdings auch der gesamtgesellschaftliche Kontext, der sich sowohl in einer trendmäßigen Flexibilisierung und Vermischung von Freizeit und Arbeitszeit als auch in einer Neuformierung sozialer Netzwerke zur Ergänzung traditioneller Formen wie etwa der Familie abzeichnet, nicht übersehen werden (vgl. Schulze, 1992). Denn Maßnahmen, die im Einklang mit der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung stehen, lassen sich bekanntlich leichter durchsetzen.

3.4.1 Allgemeiner Rahmen und Beurteilungskriterien

Die folgende Gleichung (9) ist das Ergebnis des im Anhang skizzierten allgemeinen Modells zur Ableitung beschäftigungspolitischer Maßnahmen und stellt zugleich die relevante Ausgangsbeziehung dar.

$$(9) \quad w_b = w_Y - w_p - w_h - w_{EP}$$

Gleichung (9) besagt, daß die Wachstumsrate des Beschäftigungsgrades (w_b) positiv von der Wachstumsrate des Wirtschaftswachstums (w_Y) und negativ von den Wachstumsraten der Produktivitätsentwicklung (w_p), der Arbeitszeit (w_h) und des Erwerbspersonenpotentials (w_{EP}) abhängt.

Gleichung (9) bildet somit den Ausgangspunkt für die Strategien zur zunächst hinsichtlich der Richtung noch offenen Beeinflussung des Beschäftigungsgrades. Dabei können prinzipiell folgende Ansatzpunkte genannt werden:

- w_Y : Hier geht es um die Beeinflussung des Wirtschaftswachstums über den Einsatz des einschlägigen nachfrage- und/oder angebotspolitischen Instrumentariums.
- w_p : Die Beeinflussung des Produktivitätsfortschrittes kann prinzipiell sowohl in Richtung Verringerung des (kurzfristigen) Freisetzungsdruks als auch in Richtung Erhöhung zum Ausgleich fehlender Arbeitskräfte gedacht werden. Infolge der langfristigen Perspektive wird hier nur auf Produktivitätsentwicklungen aufgrund des technischen Fortschritts Bezug genommen und nicht auf Veränderungen aufgrund von Arbeitslosigkeit und ähnlichem.
- w_h : Eine Veränderung der Arbeitszeit kann zum einen rein quantitativ als Erhöhung oder Absenkung der jahresdurchschnittlichen Arbeitszeit gesehen werden, zum anderen aber auch als (zusätzliche) qualitative Komponente im Sinne von Arbeitszeitflexibilisierung diskutiert werden.
- w_{EP} : Die Strategie der Beeinflussung des Erwerbspersonenpotentials umfaßt die verschiedensten quantitativen und qualitativen Maßnahmen, die zum einen eine weitergehende Arbeitszeitflexibilisierung oder die Veränderung der Altersgrenze umfassen und zum anderen das Erwerbspersonenpotential über die Zusammensetzung dieses Potentials — konkret Veränderung von Männer-, Frauen- und Ausländererwerbsquoten — mengenmäßig beeinflussen.

Es sollte klar sein, daß in der obigen Ausgangsgleichung bzw. in dem Modell Interdependenzen zwischen den einzelnen Strategien bzw. deren Auswirkungen nicht berücksichtigt sind. Schließlich verursacht jeder der vier Ansatzpunkte auch Rückwirkungen auf die übrigen drei Möglichkeiten, welche die endgültigen Wirkungen auf den Beschäftigungsgrad relativieren bzw. verstärken können. Diese Interdependenzen können und sollen an dieser Stelle und auf diesem allgemeinen Niveau nicht weiter vertieft werden.

Um eine nachvollziehbare Beurteilung der unterschiedlichen Optionen zu ermöglichen, werden verschiedene Kriterien herangezogen, die die wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Restriktionen berücksichtigen. Diese Kriterien sind im einzelnen

- die quantitative Effizienz,
- die fiskalischen Kosten,
- die Rückwirkungen und Konflikte zu anderen Politikfeldern,
- die institutionelle Verantwortung,

- die zur Zielerreichung notwendigen flankierenden Maßnahmen,
- die gesellschaftliche Akzeptanz und
- eventuell vorliegende bisherige Erfahrungen.

Es muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß — so wichtig dies ist — nur wenige dieser Kriterien zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu konkretisieren und zu quantifizieren sind. Eine solche — von der Sache gebotene — umfassendere Quantifizierung geht über den Rahmen dieses Zwischenberichtes hinaus, ist aber in Folgeberichten unbedingt zu leisten.

Die Option der Beeinflussung des Erwerbspotentials wird analog zur obigen Differenzierung nach Frauen, Älteren und Ausländern dreigeteilt. Die unterschiedlichen Arbeitsmarktgleichgewichte werden innerhalb der Optionen berücksichtigt. Daneben muß allerdings auf den grundlegenden Unterschied dieser Optionen aufmerksam gemacht werden. Die Beeinflussung der Erwerbstätigkeit von Frauen, Älteren und Ausländern sind für sich alleine stehende Möglichkeiten, die realistischerweise entsprechend kombiniert werden müssen. Die Optionen der Produktivitätssteigerung und der Arbeitszeitflexibilisierung sind dagegen grundsätzlicherer Art und umspannen die drei anderen.

Die Wachstumsstrategie wird hier nur kurz diskutiert. Prinzipiell sind hier nachfrage- und angebotsorientierte Maßnahmen zu unterscheiden. Einer Nachfragepolitik traditionellen keynesianischen Ursprungs sind gegenwärtig und nach Lage der Dinge geringe Chancen zum Beschäftigungsabbau einzuräumen. Dies liegt zum einen an der Zielungenauigkeit derartiger Maßnahmen, zum zweiten an der angespannten Situation der öffentlichen Haushalte und zum dritten daran, daß üblicherweise staatliche Aufträge in die Bauwirtschaft fließen. Dort dürfte jedoch vereinigungsbedingt auch weiterhin eine hohe Auslastung zu erwarten sein, so daß zusätzliche Aufträge weniger in Mengen- als in Preisreaktionen münden dürften. Dazu kommt, daß einer nationalen Nachfragepolitik bei zunehmender Internationalisierung der Märkte und Einbindung in supranationale Institutionen, wie der Europäischen Union, Grenzen gesetzt sind.

Im Sinne der Angebotspolitik sind dagegen eine Reihe von Maßnahmen denkbar, die einen positiven Einfluß auf das Wirtschaftswachstum und die daraus resultierende Beschäftigung haben, allerdings auch einen längeren Zeithorizont bis zur Entfaltung der beabsichtigten Wirkung beanspruchen. In diese Kategorie fallen alle anreizstimulierende Maßnahmen (beispielsweise der Steuerpolitik) sowie ordnungspolitische Eingriffe im Sinne von Deregulierungen, also auch der Umbau staatlicher Regelungen auf den Güter-, Kapital- und Faktormärkten. Insgesamt ist der Wachstumsstrategie bei Vorliegen vorwiegend konjunktureller Arbeitslosigkeit — dies dürfte derzeit in den alten Bundesländern etwa die Hälfte der gegenwärtigen Unterbeschäftigung ausmachen — kein hoher Wirkungsgrad zuzurechnen.

Aber auch für den Zeitraum nach dem Jahr 2010 sollte eine Strategie, die eindimensional auf die Beeinflussung der Wachstumsrate des Sozialproduktes ausgerichtet ist, keine zentrale Rolle spielen. Denn in rein quantitativer Hinsicht müßte dies auf eine wachstumshemmende Politik hinauslaufen. Dies kann vor dem Hintergrund der mit den übrigen Maßnahmen verbundenen Kosten nicht ernstlich in Erwägung zu ziehen sein. Aus diesen Gründen wird im weiteren von der Wachstumspolitik als explizite beschäftigungspolitische Option abgesehen.

3.4.2 Erhöhung der Arbeitsproduktivität

Betrachtet man die Ausgangsgleichung (9), so könnte man zur Auffassung kommen, daß zur Erhöhung des Beschäftigungsgrades über produktivitätsorientierte Maßnahmen eine Verringerung des Produktivitätsfortschritts anzustreben wäre. Denn je niedriger der jährliche Produktivitätsfortschritt ist, desto höher ist die Beschäftigungsintensität des Wirtschaftswachstums. Zur Erläuterung:

Liegt die jährliche Zuwachsrate des Bruttoinlandsproduktes über (unter) der jährlichen Zunahme der Arbeitsproduktivität, kommt es — bei konstanter Arbeitszeit — zu einer Erhöhung (Verringerung) des Arbeitsvolumens bzw. der Zahl der Beschäftigten. Liegt die Beschäftigungsschwelle des Wirtschaftswachstums z. B. bei etwa 1,7 v. H., so stoppt nur ein darüber hinausgehendes Wirtschaftswachstum den Arbeitsplatzabbau bzw. führt zur Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze. Aufgrund der hohen internationalen Verflechtung der Bundesrepublik Deutschland und der damit ausgeprägten Exportabhängigkeit unseres Wohlstandes muß jedoch eine derartige Maßnahme längerfristig kontraproduktiv, d. h. arbeitsplatzvernichtend wirken und ist daher strikt abzulehnen. Außerdem zeigt sich in der Empirie bei einem Nebeneinander hoch- und niedrigproduktiver Branchen, daß die Zahl der Arbeitsplätze positiv mit der Produktivität korreliert, d. h. die hochproduktiven Branchen mehr Arbeitsplätze zur Verfügung stellen als die weniger produktiven.

Auch für die anschließende Periode jenseits des Jahres 2010 ist eine Erhöhung der Arbeitsproduktivität zunächst aufgrund der theoretischen und wirtschaftspolitischen Überlegungen eine sinnvolle Maßnahme zur Bewältigung einer Arbeitskräfteknappheit. Zudem hat eine Produktivitätserhöhung für die Exportnation Deutschland wichtige Vorteile im Zusammenhang mit der Stärkung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit. Zu fragen ist daher, ob eine entsprechende Produktivitätssteigerung zu erwarten ist, und welche Auswirkungen dies auf die Erwerbstätigen hätte.

Anzustreben wäre in dieser Phase eine Entwicklung, bei der die Wachstumsraten der Produktivität über denen des Wirtschaftswachstums liegen, das gleiche Bruttoinlandsprodukt also mit weniger Arbeitskräften erwirtschaftet werden kann. Aus der empirischen Erfahrung der letzten Jahrzehnte lassen sich jedoch

begründete Zweifel an der Realisation dieser Option ableiten (vgl. Rürup/Sesselmeier, 1993 a, 39 f.). Zunächst ist für die Bundesrepublik Deutschland auf einen parallelen Rückgang der Steigerungsraten von Wachstum und Produktivität über gut 30 Jahre hinzuweisen. Die Empirie zeigt, daß trotz der zeitweise sehr hohen Produktivitätssteigerungen diese dem Wirtschaftswachstum nicht davoneilten und auch nicht als unabhängig vom Wirtschaftswachstum betrachtet werden können. Im übrigen stellt diese deutsche Entwicklung keinen nationalen Einzelfall dar. Ein internationaler Vergleich führt zu ähnlichen Befunden (vgl. Baumol/Blackman/Wolff, 1989). Da aber — glücklicherweise — das materielle Wohlstandsniveau bzw. das Sozialprodukt je Kopf in Deutschland sehr hoch ist, resultiert auch aus einer gegebenenfalls prozentual geringen Zunahme des Volkseinkommens ein in absoluten Größen durchaus beachtlicher Verteilungsspielraum zur Beseitigung oder Abmilderung gruppenspezifischer Versorgungsdefizite.

In diesem Zusammenhang wird ein zweiter Gesichtspunkt wichtig: die „Beschäftigungsschwelle“ des Wirtschaftswachstums. Diese Schwelle bezeichnet, wie bereits erwähnt, das beschäftigungsneutrale Wachstum oder, anders formuliert, die reale Wachstumsrate, die mindestens erforderlich ist, damit freie Arbeitsplätze besetzt bzw. neue geschaffen werden. Es zeigt sich, daß in Deutschland diese Beschäftigungsschwelle trendmäßig sinkt, also ein immer geringeres Wirtschaftswachstum erforderlich ist, um neue Arbeitsplätze zu schaffen. Die bisherige Entwicklung von Beschäftigungsschwelle und Arbeitsproduktivität deuten somit in die bezüglich der demographischen Entwicklung entgegengesetzte Trendrichtung, so daß von dieser Seite nicht zu viel Entspannung zu erwarten ist. Diese Aussage bedeutet nicht, daß es zukünftig zu keinen Produktivitätssteigerungen kommen kann bzw. wird, wohl aber, daß die aufgrund der bisherigen Erfahrungen zu erwartenden Steigerungen die prognostizierte Arbeitskräfteknappheit nicht kompensieren können. Insgesamt erscheint eine Erhöhung der Produktivität zur Abmilderung eines intergenerativen Verteilungskonfliktes als notwendig. Schätzungen im Referenzmodell (Wanderungssaldo von Null, keine Änderung im Erwerbsverhalten) ergeben, daß eine Beschleunigung des jährlichen Produktivitätsfortschritts um 0,5 v. H. zwischen den Jahren 2010 und 2030 etwa die Hälfte der für diese Zeit prognostizierten Arbeitskräfteverringerung kompensieren könnte (vgl. Klauer, 1993 a). Diese Möglichkeit hängt allerdings von der prinzipiellen Leistungsfähigkeit des alternden Erwerbspersonenpotentials ab.

Deshalb ist es erforderlich, den Begriff der Produktivität weiter zu differenzieren: Der langfristige Produktivitätsanstieg ist in der Sachkapitalbildung, im technisch-organisatorischen Fortschritt sowie in der Qualität des Humankapitals bestimmt. Läßt man die sachkapitalinduzierte Produktivität außer acht, so bleibt die Humankapitalproduktivität, die im Rahmen eines umfassenden Human Resource Management zu erhöhen ist. Dies ist möglich durch Qualifizierungsmaßnahmen und durch einen umfassenden Arbeitsschutz.

Wie bereits ausgeführt, wird die zukünftige Arbeitsnachfrage durch eine Verschiebung zu höheren Bildungsabschlüssen, verbunden mit einer Zunahme höherqualifizierter Tätigkeiten und Arbeitsplätze im sekundären Dienstleistungsbereich gekennzeichnet sein (vgl. auch Stooß/Weidig, 1990; vgl. Klauer, 1993a). Aus diesem Grunde läßt sich feststellen: „Die Tendenz zu steigenden Arbeitsanforderungen bedingt ein hohes Qualifikationspotential der Bevölkerung sowohl im Rahmen der qualifizierten Erstausbildung als auch der Fort- und Weiterbildung der bereits im Erwerbsprozeß Stehenden“ (Tessaring, 1991, 45). Aufgrund der zunehmenden Komplexität der Arbeitsabläufe muß man einen relativ weiten, funktionale und extrafunktionale Teile umfassenden Qualifikationsbegriff unterstellen. Hierbei umfaßt Qualifikation als „Sammelbegriff für alle produktionsrelevanten menschlichen Grundeigenschaften . . . alle kognitiven, physischen und sozialen Fähigkeiten, die zur Erfüllung einer konkreten Tätigkeit am Arbeitsplatz wichtig sind. Die kognitive Komponente des Qualifikationsbegriffs umfaßt allgemeines und spezifisches Wissen sowie die im Rahmen des Produktionsvollzuges erlangte Erfahrung. Die physische Komponente beinhaltet Geschicklichkeit, Ausdauer und körperliche Kraft. Die soziale Komponente umfaßt schließlich alle Einstellungsmuster und Verhaltensdispositionen, insbesondere Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, die für gruppenspezifische Prozesse outputrelevant werden“ (Fischer/Heier, 1983, 181 f.). Daraus folgt, daß alle im Arbeitsmarkt eingegliederten bzw. noch einzugliedernden Gruppen einer permanenten und lebenslangen (Weiter)bildung unterliegen werden bzw. müssen. Damit umfaßt der Qualifikationsaspekt auch die Frauenerwerbsarbeit, Zuwanderer und Alterserwerbsarbeit sowie den Gesichtspunkt der Arbeitszeitflexibilisierung. Denn alleine die qualifikationsbedingten Unterbrechungen der Lebensarbeitszeiten führen zu deren Flexibilisierung. Daneben müssen Maßnahmen getroffen werden, die es auch insbesondere Frauen mit Kindern ermöglichen, an Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Durch eine anstehende Verlängerung der Lebensarbeitszeit werden auch mehr ältere Arbeitnehmer als bisher an Weiterbildungsveranstaltungen teilnehmen (müssen). Auch die ausländischen Arbeitnehmer können von einer lebensbegleitenden Weiterbildung nicht ausgenommen werden. Denn gerade sie besetzen gegenwärtig Arbeitsplätze, die aufgrund der zukünftigen Entwicklung vermehrt wegfallen werden. Dies zeigt, daß Weiterbildung und Qualifizierung alle Arbeitnehmergruppen in allen Lebensarbeitsphasen umfassen. Für sie sind Ausbildungskonzepte zu entwerfen und Rahmenbedingungen zu schaffen, die auf die spezifischen Lernvoraussetzungen und Lebenslagen dieser Personengruppen zugeschnitten sind. Dabei wird — wie repräsentative empirische Untersuchungen belegen (vgl. Straka und Kuwan, 1994) — nicht ein Merkmal (z. B. Lebensalter, berufliche Stellung), sondern eine Kombination von Merkmalen zu berücksichtigen sein.

Lebenslanges Lernen als Konzept erfordert die Beteiligung aller betrieblichen Akteursgruppen. Es gilt die Lernbereitschaft bei erhaltener Lernfähigkeit zu för-

dem. Das Konzept sollte dabei (in Anlehnung an Köchling, 1992) umfassen:

- das planmäßige Nebeneinander von Lernen und Arbeiten,
- ein planmäßiges Abwechseln von Arbeits- und Lernphasen im gesamten Berufsverlauf; dies erfordert u. a. die Neuorganisation der Lebensarbeitszeit;
- eine entsprechende Schulung von betrieblichen Führungskräften, die diese Konzepte innerbetrieblich umsetzen müssen;
- die Festlegung von Lernzielen, die nicht nur betriebs- und arbeitsplatzbezogene Anpassungsqualifizierung beinhalten, sondern auch weitergehende Schlüsselqualifikationen umfassen.

Das in der beruflichen Bildung diskutierte Konzept der Schlüsselqualifikationen (vgl. Reetz und Reitmann, 1990), d. h. dem Aufbau von Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen, hat auch eine Abkehr von der in der beruflichen Aus- und Weiterbildung weit verbreiteten „Vier-Stufen-Methode“ (des Vormachens, Nachmachens, Übens und Kontrollierens) zur Folge. Vielmehr haben sich didaktisch-methodische Konzepte für das dritte Jahrtausend am selbstbestimmten, selbstorganisierten und selbstkontrollierten Lernen, am Lernen im Prozeß der Arbeit zu orientieren. Ein Schritt in dieser Richtung wurde mit der „Leittextmethode“ eingeleitet. Dazu liegen neuere, umfangreichere Erfahrungen aus Modellversuchen des Bundesinstituts für Berufsbildung vor. Sie liefern Anregungen dafür, wie derartige Konzepte zielgruppen- und situationsgemäß gestaltet werden können. Beispielhaft sei hier auf die Modellversuche „Forschungs- und Entwicklungsprojekt Lernen von Arbeitnehmer/innen in der zweiten Lebenshälfte durch selbstgesteuertes, individualisiertes Lösen komplexer arbeitsplatzbezogener Problemstellungen mittels EDV-Software (FESILI-2000)“ sowie „Ältere Technische Zeichner/innen und CAD, (TECA)“ des Bundesinstituts für Berufsbildung verwiesen. Mit diesen Modellversuchen wurden Konzepte entwickelt und erprobt, die auf die spezifischen Lebenslagen von Erwerbspersonen in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens zugeschnitten sind.

Aus diesen Überlegungen sollten bereits die Überschneidungen zu den anderen Politikfeldern deutlich geworden sein, auch wenn diese wie hier, prinzipiell als positiv zu beurteilen sind. So ist die Qualifizierung Älterer künftig gezielt mit der Arbeitszeitpolitik zu verzahnen und entsprechend zu organisieren. Hierbei wären regelmäßige Qualifizierungszeiten und -pausen als wichtige Bestandteile einer generellen Neuorganisation von Lebensarbeitszeit zu begreifen. Damit könnten nicht nur neue Arbeitskräftepotentiale erschlossen oder insgesamt auch die Bereitschaft zur Weiterarbeit gefördert werden, sie könnten gegebenenfalls auch der Vorbereitung einer neuen beruflichen Karriere dienen, u.U. sogar in einem völlig neuen Berufsfeld.

Als spezifisch betriebliche Zukunftsaufgabe könnte in diesem Zusammenhang gelten, das Konzept der lebenslangen Qualifizierung so mit neueren Gestal-

tungsvorschlägen für lebensphasenorientierte Arbeitszeitregelungen und Arbeitsplatzanforderungen zu verknüpfen, daß sie gemeinsam Elemente einer längerfristig angelegten Berufslaufbahnplanung für alle (und damit auch für älter werdende) Beschäftigte werden. Eine innerbetriebliche Rotation zur Vermeidung der Folgerisiken von betriebspezifischer Qualifizierung könnte ein kleiner Schritt auf diesem Weg sein. Allerdings dürfte diese „Zukunftsmusik“ vorerst nur in Großbetrieben „gespielt“ werden können, nicht zuletzt, weil dafür eine ausgebaute Personalplanung notwendig ist.

Speziell auf älter werdende Belegschaften bezogene Qualifizierungsbemühungen müssen generell an den besonderen Qualifikationsrisiken Älterer ansetzen, die sich aufgrund des Zusammenwirkens unterschiedlicher Risikofaktoren (Leistungsveränderungen, intergenerationelle Qualifikationsniveauunterschiede, Dequalifizierung und betriebspezifische Qualifizierungsprozesse) ergeben (vgl. Naegele, 1994). Da die besonderen Qualifikationsrisiken älterer Arbeitnehmer nicht erst im fortgeschrittenen Lebensalter entstehen, sondern zumeist längerfristigen Entwicklungen folgen, gilt es dabei i. S. von Prävention bereits die heute mittleren Altersgruppen zu berücksichtigen. Dies erfordert insgesamt eine Überwindung der bisher — sowohl im Bereich betrieblich wie staatlich organisierter beruflicher Fort- und Weiterbildung — dominierenden Praxis der Benachteiligung und des Ausschlusses Älterer. Um dieses Verhalten zu ändern, bedarf es Anreize für die Träger.

Die institutionelle Verantwortung hierfür liegt nicht nur beim Staat (vor allem im Zusammenhang mit Änderungen im AFG), sondern auch bei den Tarifparteien, wie dies einige bereits bestehende Pilotabschlüsse belegen. Aber auch hier geschieht die Qualifizierung bisher traditionell benachteiligter Arbeitnehmer nicht im Selbstlauf, sondern bedarf der gezielten Förderung. Hierbei kommt den betrieblichen Interessenvertretungsorganen eine wichtige Rolle zu, die sie bisher — mit Blick auf Ältere — nur sehr ungenügend erkennen. Weiterhin müssen vor allem die Klein- und Mittelbetriebe unterstützt werden, soll es nicht zu einer betriebsgrößenbedingten Segmentierung der Weiterbildung kommen, zumal hier die meisten (nicht nur älteren) Beschäftigten anzutreffen sind. Auch können hier die Weiterbildungsgesetze der Länder genutzt werden bzw. sind entsprechende Länderinitiativen — dort wo es keine gesetzlichen Regelungen gibt — wünschenswert.

Der Arbeitsschutz ist der zweite wichtige Posten innerhalb eines produktivitätsorientierten Human Resource Management. Denn das höhere arbeitsbedingte Krankheitsrisiko älterer Arbeitnehmer bildet das zweite Haupthindernis für die angestrebte Ausweitung der Erwerbsarbeit im Alter. Noch immer bildet die krankheitsbedingte Frühinvalidität speziell bei Arbeitern den wichtigsten Berufsaustrittsgrund, noch immer erreicht etwa die Hälfte der Arbeitnehmer aus Krankheitsgründen nicht die gesetzlichen Altersgrenzen. Allerdings verbergen sich hinter vielen Frühinvaliditätsregelungen und sonstigen Frührentenformen Einflüsse des Arbeitsmarktes, welche sowohl die Rechtsprechung (BSG-Urteil zur „konkre-

ten Betrachtungsweise“) wie die medizinische Begutachtungspraxis betreffen. Zu vermuten ist daher, daß bei günstigerer Arbeitsmarktlage der Druck auf Frühinvaliditätsrenten nachläßt.

Trotz dieser Arbeitsmarkteinflüsse haben aber vorbeugende Gesundheitspolitik und vorbeugender Arbeitsschutz somit an Bedeutung nichts eingebüßt. Belastungsabbau und Humanisierungspolitik werden auch weiterhin im Zentrum betrieblicher Arbeitspolitik stehen müssen. Zu angemessenen Reaktionen darauf zählen neben solchen bereits bekannten Maßnahmen — wie spezielle medizinische Vorsorgeuntersuchungen für Ältere, Unfallverhütung, ergonomische Arbeitsplatz- und Umgebungsgestaltung — die Einführung von betrieblichen Frühwarnsystemen (u. a. zur Identifizierung besonders gefährdeter Personengruppen oder besonders risikoträchtiger Arbeitsplätze durch belastungsbezogene Tätigkeitsanalysen, Implementierung von betrieblichen Gesundheitszirkeln und betrieblicher Gesundheitsberichterstattung) sowie nicht zuletzt eine präventive Umsetzungspraxis bis hin zur Rotation (Job-rotation). Für besonders belastete Berufsgruppen sollte auch künftig die Frühverrentung ohne nennenswerte Einkommenseinbußen möglich sein. In besonderer Weise sind dabei auch die bisherigen Lohnanreizsysteme zu hinterfragen, die mit ihrer „materiellen Versüßung“ von besonderen Arbeitsbelastungen nicht unwesentlich zur gesundheitlichen Verschleißkarriere vieler älterer Arbeitnehmer beigetragen haben (vgl. hierzu auch die Ausführungen in den Abschnitten 7.3.1 und 7.3.2 dieses Zwischenberichtes).

Das höhere arbeitsbedingte Erkrankungsrisiko betrifft insbesondere Beschäftigte auf den Akkord- und den sich stetig ausweitenden Schichtarbeitsplätzen. Für sie sollte es zusätzlich spezielle Arbeitszeitregelungen sowie insgesamt auch zukünftig einen Anspruch auf vorzeitige Verrentung nach einer bestimmten Expositionsdauer (Dauer der Auswirkungen besonderer Belastungen), d. h. besondere innerbetriebliche Altersgrenzen, geben müssen. Bereits vorliegende Ansätze wären weiterzuentwickeln und auszubauen. Für alle die genannten Maßnahmen gleichermaßen gilt die Notwendigkeit des Ausbaus der altersbezogenen Humanisierungsforschung einerseits sowie der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung andererseits, die beide als defizitär gelten können.

Ein umfassendes inner- wie überbetriebliches Human Resource Management ist somit eine notwendige Voraussetzung zur Steigerung der Arbeitsproduktivität, die wiederum aufgrund der internationalen Wettbewerbssituation unverzichtbar ist.

3.4.3 Flexibilisierung der Arbeitszeit

Auch hier geht es um zweierlei:

Zum einen um eine generelle mengenmäßige Arbeitszeitvariation (chronometrische Arbeitszeitpolitik) und zum anderen um eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten (chronologische Arbeitszeitpolitik).

Für die Zeit des Arbeitsplatzmangels wäre eine allgemeine und für alle gleiche Arbeitszeitverkürzung ohne Lohnausgleich eine Möglichkeit, den Arbeitsplatzabbau zu stoppen bzw. neue Arbeitsplätze zu schaffen. Probleme liegen hierbei einerseits in einer möglichen Kollision flächendeckender Tarifverträge mit betriebsindividuellen Erfordernissen und andererseits in der Nichtberücksichtigung individueller Arbeitszeitpräferenzen auf der Arbeitnehmerseite durch Flexibilisierungsdefizite. Gesamtwirtschaftlich liegt die Problematik einer solchen Maßnahme in einem einkommensinduzierten Konsumrückgang, der sich dämpfend auf die Konjunktur auswirken kann. Zu beachten ist allerdings — auch bei einer Arbeitszeitverkürzung ohne Lohnausgleich — ein verbleibender Anstieg der Arbeitsstückkosten (Arbeitskosten sind teilweise von der Zahl der Arbeitnehmer und nicht nur von der Zahl der Arbeitsstunden abhängig). Umgekehrt wäre für die Phase nach dem Jahr 2010 eine Arbeitszeitverlängerung zur Verringerung der prognostizierten Arbeitskräfteknappheit denkbar.

Wichtiger, und zwar auch in Kombination mit den anderen Optionen, erscheint jedoch eine generelle Arbeitszeitflexibilisierung und hier vor allem eine Flexibilisierung der Jahres- und Lebensarbeitszeit.

So kann eine breitere Einführung von Teilzeitarbeitsplätzen für die Phase der Arbeitslosigkeit beispielsweise die Zahl weiblicher und männlicher Erwerbstätiger erhöhen, gleichzeitig aber das Arbeitsvolumen aus dem Produkt von Zeit und Erwerbspersonen sogar senken, so daß insgesamt mehr Arbeitskräfte benötigt werden. Betrachtet man die Teilzeitbeschäftigung im internationalen Vergleich, so nimmt die Bundesrepublik laut OECD bei den Frauen, wo 338 von 1000 Beschäftigten eine Teilzeitbeschäftigung haben, einen Mittelplatz ein, während die deutschen Männer mit 26 von 1000 im internationalen Vergleich sehr weit hinten liegen. Die Spitze halten jeweils die Niederlande mit 622 bei den Frauen bzw. 167 bei den Männern je 1000 Beschäftigten.

Würden in Deutschland nur die gegenwärtigen Teilzeitpräferenzen der Arbeitnehmer durch ein entsprechendes Entgegenkommen der Arbeitgeber berücksichtigt, so könnten bereits heute rund zwei Millionen neue Arbeitsplätze geschaffen werden (vgl. Klauer, 1993 a).

Hinsichtlich der älteren Arbeitnehmer ist ein wesentlich flexiblerer Übergang in den Ruhestand zu schaffen, der den betroffenen Arbeitnehmern einen gleitenden Renteneintritt durch abgestufte Arbeitszeiten ermöglicht. Im Vergleich zur vollen Arbeit bis zum Renteneintrittsalter werden somit neue Arbeitsplätze geschaffen. Verglichen mit der momentanen Praxis der Vorruhestandsregelungen, ist der quantitative Nettoeffekt offen. Hinsichtlich des Bedarfs an qualifizierten Arbeitskräften dürfte es aber auch in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit notwendig sein bzw. werden, die älteren Arbeitnehmer und damit ihr fach- und betriebsspezifisches Humankapital länger in Anspruch zu nehmen. Der Bedarf an qualifizierten und sich weiterhin qualifizierenden Mitarbeitern kann dann auch zu flexibleren Jahresarbeitszeiten mit längeren Weiterbildungspausen führen. Daneben kön-

nen flexiblere Arbeitszeiten über die Entkopplung mit den Maschinenlaufzeiten zur Verlängerung der Betriebslaufzeiten und damit zu Produktionskostensenkungen führen. Dies wiederum würde im Ergebnis zu einer Stärkung der Konkurrenzfähigkeit beitragen.

Zukunftsorientierte Überlegungen zur zeitlichen Neugestaltung der Berufsaustrittsphase müssen sich vom traditionellen Modell „gleitender Übergänge“ kurz vor dem eigentlichen Berufsende lösen und eingebunden sein in ein generelles Konzept der Neuorganisation der Lebensarbeitszeit, das sich im Sinne einer Destandardisierung sehr viel stärker an lebensbiographischen Bedürfnissen und Zwängen in der außerbetrieblichen Lebenswelt orientieren müßte. Nur so dürfte es erst möglich werden, dem bisher weitgehend erfolglosen Konzept des „gleitenden Ruhestands“ zum Durchbruch zu verhelfen. Grundsätzlich sollte die individuelle Entscheidung über Zeit und Art des Übergangs vom Arbeitsleben in die nachberufliche Phase in ein Konzept von Zeitautonomie und betroffenenorientierter Zeitflexibilität in lebensbiographischer Sicht eingebunden sein, und dies nicht allein in der täglichen, wöchentlichen oder jährlichen Sicht. Die Vorzeichnung des Lebenslaufs durch die typische „Normalbiographie“ kann angesichts des ökonomischen, sozialen und demographischen Wandels nicht weiter fortgeschrieben und damit zugespitzt werden. Erforderlich wird die Suche nach einer Destandardisierung und nach flexiblen Übergängen und Gestaltungsspielräumen sein.

Die geforderte Flexibilität muß sich, neben der Orientierung auf den Zeitpunkt des vollständigen Übergangs, auch auf Modelle der Zeitraumgestaltung, welche Erwerbsarbeit und nachberufliche Phase miteinander verbinden, beziehen. Um die dem „gleitenden Übergang“ zu recht zugewiesenen sozialpolitischen, Humanisierungs- und gerontologischen Ziele (allmählicher Übergang vom Erwerbsleben in die Rente, Vermeidung des sog. „Pensions-Schocks“, bessere Vorbereitung auf die Situation der Nicht-Arbeit) auch zu verwirklichen, ist ein frühes Gleitmodell erforderlich, das möglichst schon in der Übergangsphase vom 5. zum 6. Lebensjahrzehnt ansetzen sollte. Die derzeit gültige Teilrentenregelung entspricht diesen Zielen nur sehr begrenzt, da es als spätes Gleitmodell konzipiert ist, das erst nach Erreichen der jeweils geltenden gesetzlichen Altersgrenzen greift.

Ebenso wie die Option der Produktivitätserhöhung beeinflußt auch die Arbeitszeitflexibilisierung alle anderen Politikfelder. Die Richtung dieser Interdependenzen dürfte allerdings aufgrund der allgemeinen gesellschaftspolitischen Entwicklung positiv sein. Arbeitszeitregelungen, die den individuellen Arbeitszeitpräferenzen weitgehend entsprechen, haben auch einen eigenen produktivitätsfördernden Charakter. Darüber hinaus würde es auf diesem Wege den Frauen und auch den Älteren überhaupt erst ermöglicht, mehr bzw. länger zu arbeiten. Die institutionelle Verantwortung liegt — abhängig vom Regelungsbjekt: Wochen-, Jahres- oder Lebensarbeitszeit — sowohl bei den Tarifparteien als auch beim Staat. Flankierende Maßnahmen zur Erhöhung des Ziel-

erreichungsgrades können auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Die Unternehmen müßten von den Verbänden Unterstützung bekommen, da in diesem Bereich die praktischen Umsetzungserfahrungen trotz der bereits in den Tarifverträgen gebotenen Möglichkeiten noch sehr gering sind. Andere Maßnahmen sind eher als abgeleitete Maßnahmen aus den Bereichen der Frauen- und Alterserwerbstätigkeit zu betrachten. Insgesamt dürfte dieser Maßnahme eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz zugebilligt werden.

3.4.4 Förderung der Alterserwerbsarbeit

Neben der verstärkten Nutzung der Frauenerwerbstätigkeit und des Zuwandererpotentials ist die Förderung der Alterserwerbsarbeit die dritte Möglichkeit zur Erhöhung des Erwerbspersonenpotentials. Aufgrund der demographischen Entwicklung scheint diese Maßnahme sowohl notwendig als auch wünschenswert zu sein. Die Notwendigkeit ergibt sich aus der Verringerung der Zahl der Erwerbspersonen bei einem gleichzeitigen Anstieg der Gruppe der Älteren. Die ebenfalls noch steigende Lebenserwartung verbunden mit einer in den überwiegenden Fällen vorhandenen „Fitness“ läßt diese Option auch im Sinne der Älteren als wünschenswert erscheinen. Schließlich wäre es volkswirtschaftlich ineffizient, das Humankapital der älteren Arbeitnehmer — noch dazu, wenn es durch flexible Kombinationen von Erwerbs- und Lernphasen aktuell ist — brachliegen zu lassen.

Damit diese Option aber auch zu realisieren ist, müßte bereits jetzt damit begonnen werden, die offene und verdeckte Diskriminierung älterer Arbeitnehmer sowie die damit zusammenhängenden Beschäftigungsrisiken zu bekämpfen. Denn typische Beschäftigungsrisiken älterer Arbeitnehmer unterliegen „Karriereverläufen“, d. h., sie entwickeln sich längerfristig. Dies gilt insbesondere für die beiden zentralen Risiken älterer Arbeitnehmer, nämlich höheres Qualifikations- und höheres Krankheitsrisiko. Typische Leistungsprobleme älterer Arbeitnehmer sind nämlich nicht Ausdruck eines biologischen Determinismus, sondern in weiten Bereichen Ausdruck und Ergebnis eines längeren Prozesses der konkreten Humankapitalnutzung in der Arbeit. Bemühungen, die Alterserwerbsarbeit auf mittlere Sicht zu fördern und die älteren Arbeitnehmer von morgen dazu zu motivieren bzw. es ihnen überhaupt zu ermöglichen, wieder länger zu arbeiten, müssen folglich diesen „Karrierecharakter“ zum Ausgangspunkt haben. Dies bedeutet konkret, daß die heute 35—45jährigen Beschäftigten als die älteren Arbeitnehmer von morgen in den Blick zu nehmen sind. Dies gilt vor allem für präventive Maßnahmen der Qualifikationssicherung und für präventive Maßnahmen des Gesundheitsschutzes. Notwendig ist es weiterhin, auf allen Ebenen Vorurteile gegenüber der Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer abzubauen.

Allerdings ist die Umsetzung solcher präventiven Konzepte zur Förderung der künftigen Alterserwerbsarbeit, die jetzt in den Betrieben und Verwaltungen beginnen müßte, um morgen die gewünschte Wir-

kung zu erzielen, in einem „Beschäftigungsklima“, das durch zahlreiche offene und verdeckte Diskriminierungen älterer Arbeitnehmer, durch sich zunehmend verfestigende Dauerarbeitslosigkeit Älterer und durch einen seit nunmehr fast 20 Jahre dauernden Trend zur Frühverrentung gekennzeichnet ist, extrem schwierig.

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, daß ältere Beschäftigte vor allem bei Einstellungen, bei der Beteiligung an betrieblich wie öffentlich organisierter Fort- und Weiterbildung sowie bei innerbetrieblichen Aufstiegsprozessen benachteiligt werden. Die kritischen Altersschwellen liegen teilweise bereits beim 40. Lebensjahr, haben jedoch ihren Höhepunkt spätestens nach Erreichen des 50. Lebensjahrs. Auch hier erweisen sich die bei ihnen vermuteten wie auch vorhandenen höheren Qualifikations- und Krankheitsrisiken jeweils als ausschlaggebend. Europäische Vergleichsstudien haben gezeigt, daß Diskriminierungen älterer Arbeitnehmer keineswegs ein deutsches Spezifikum sind, sondern europaweit verbreitet sind. Dies gilt auch für Frühverrentungen und die Betroffenheit von Langzeitarbeitslosigkeit. Allerdings findet in Deutschland die Diskriminierung weniger direkt als sehr viel stärker indirekt statt. Z. B. gibt es nur ganz selten betriebs- oder branchen- „offizielle“ (Höchst-) Altersgrenzen für Einstellungen oder für die Teilnahme an betrieblich organisierter Weiterbildung, dennoch werden sie faktisch angewandt.

Die deshalb zur Förderung der Alterserwerbsarbeit notwendigen Maßnahmen müssen sowohl auf der außerbetrieblichen wie auf der innerbetrieblichen Ebene ansetzen. Überbetrieblich ist zunächst der Staat gefordert, geeignete Anreize zum Verbleiben im Erwerbsleben zu schaffen.

Die Maßnahmen auf der innerbetrieblichen Ebene werden demgegenüber bei der Arbeitsorganisation und der Arbeitsplatzgestaltung ansetzen müssen. Hier müßte als erstes ein Umdenken in der Personalplanung und in der Folge ein Abrücken von dem Motto „young is beautiful“ stattfinden. Zusätzlich wäre auch eine langfristige Kontinuität in diesem Bereich wünschenswert. Die Arbeitsplatzgestaltung wäre dahingehend zu verändern, daß möglichst vielen Arbeitnehmern überhaupt ein Altwerden auf ihren angestammten Arbeitsplätzen ermöglicht wird und sie über diesen Weg möglichst lange ihre Produktivität entfalten können. Diese Entwicklung könnte dann auch Vorteile für die gesamte Belegschaft bringen, indem sich die Produktion hin zu allgemein humaneren und gesundheitsverträglicheren Arbeitsplätzen entwickelt und damit von dem bisherigen Konzept der Schonarbeitsplätze und deren diskriminierenden Charakter abrückt (vgl. auch Bäcker/Naegele, 1993, 112). Ob die dafür notwendigen überbetrieblichen Rahmenbedingungen vom Gesetzgeber oder entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip von den Tarifparteien gestaltet werden, kann an dieser Stelle noch offen bleiben.

Generell sollten jedoch nach dem Lebensalter gestaffelte Renteneintritte mit entsprechenden versicherungsmathematischen Ab- und Zuschlägen die Regel werden, wobei allerdings Ausnahmen für bestimmte Berufs- und Risikogruppen zu prüfen wären. Die

quantitative Effizienz und die fiskalischen Kosten hängen von der Inanspruchnahme durch die Älteren und von der konkreten Ausgestaltung der Maßnahmen ab. Konflikte ergeben sich aus den Beschäftigungsforderungen von Frauen und Ausländern. Der Einfluß auf die Produktivitätsentwicklung erscheint nicht prognostizierbar. Zum einen könnte es zu einem geringeren Produktivitätsanstieg aufgrund einer sinkenden physischen Leistungsfähigkeit der älteren Arbeitnehmer kommen. Zum anderen könnte aber auch eine Umstrukturierung der Arbeitsplätze zu einer Leistungssteigerung aller Arbeitnehmer führen, so daß der Nettoeffekt offen bleiben muß.

3.4.5 Steigerung der Frauenerwerbstätigkeit

Eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung der Frauen zur Beseitigung des Arbeitskräftemangels hat über die arbeitsmarktpolitische Dimension hinaus eine starke gesellschaftspolitische und humankapitaltheoretische Relevanz, wobei allerdings zu beachten ist, daß die vorliegenden Prognosen von einer steigenden Frauenerwerbstätigkeit bis zum Jahr 2010 und einer sich dann anschließenden Stagnation ausgehen. Dies bedeutet, daß die Frauen zu diesem Zeitpunkt bereits im Arbeitsmarkt stehen und quantitativ nicht mehr zu einer Entspannung beitragen können. Eine Entspannung ist hier über eine Kombination mit der Option Flexibilisierung der Arbeitszeit möglich. Aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung werden die Frauen somit bereits vor dem Jahr 2010 am Arbeitsmarkt auftreten. Dabei werden sie auch an der alle Gruppen umfassenden Arbeitszeitflexibilisierung — mit starker Tendenz zur Arbeitszeitverkürzung aufgrund der herrschenden Arbeitslosigkeit — teilhaben.

Insgesamt ist ein sehr breites, über den Arbeitsmarkt im engeren Sinn hinausgehendes Maßnahmenbündel zur Steigerung der Frauenerwerbsarbeit vorstellbar. Dieser Katalog könnte rentenpolitische Überlegungen, eine Reform der Familienbesteuerung, den Ausbau familiennaher Infrastruktur, Elternbeurlaubungsmodelle, frauenspezifische Qualifikationsförderung und Arbeitszeitflexibilisierungsmaßnahmen sowie Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege umfassen. Die damit verbundenen fiskalischen Kosten können allerdings ohne detaillierte Modellrechnungen nicht abgeschätzt werden. Da künftig auch das weibliche Arbeitskräftepotential altern wird, sind die bislang vorgestellten Maßnahmen zur generellen Förderung der Alterserwerbsarbeit und zur Steigerung der Arbeitsproduktivität dort, wo es erforderlich ist, stärker als bisher auf Frauen zuzuschneiden. Hierzu sind allerdings als erstes die z. T. erheblichen Kenntnislücken über die Bedingungen weiblicher Alterserwerbsarbeit zu schließen.

Die mögliche Option, Frauen bis zum Jahr 2010 vom Arbeitsmarkt „fernzuhalten“ und erst danach in die Erwerbsarbeit zu integrieren, ist hier — sofern sie denn überhaupt durchführbar wäre — aus folgenden Gründen entschieden abzulehnen: Die qualifikatorischen Anforderungen an die Arbeitskräfte dürften ein

derartiges widersprüchliches Vorgehen nicht erlauben und darüber hinaus braucht die Schaffung der Rahmenbedingungen zur Ermöglichung von Frauenerwerbstätigkeit in größerem Umfang einen entsprechenden zeitlichen Vorlauf.

Konflikte zu den übrigen Optionen ergeben sich in dreierlei Hinsicht: So kann es zu einem Verdrängungsprozeß zwischen den Frauen, älteren Arbeitnehmern und Ausländern kommen. Dies hängt aber vor allem davon ab, in welche Branchen die Frauen vordringen. Bleibt die bisherige Konzentration auf haushaltsnahe Berufe erhalten, so dürfte diese Substitutionsproblematik nicht zu hoch sein. Dies könnte dann einhergehen mit einem Ausbau haushaltsnaher und pflegerischer Dienstleistungen mit der Folge einer tendenziellen Bremsung der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung. Die institutionelle Verantwortung liegt wiederum bei den Tarifparteien und dem Gesetzgeber. Schließlich muß noch darauf hingewiesen werden, daß die Gruppe der Frauen nicht nur nach Altersklassen differiert, sondern daß auch ein erheblicher Teil dieser Gruppe aus ausländischen Frauen besteht, die zusätzlich integriert werden müssen und die bisher, wie weiter vorne erwähnt, hinsichtlich ihrer Arbeitsmarktposition die schwächsten Akteure sind. Daneben ergibt sich ein neuer sozialpolitischer Handlungsbedarf, da die weiblichen Arbeitnehmer innerhalb des Prognosezeitraums auch zu älteren Arbeitnehmern werden.

3.4.6 Steuerung der Zuwanderung

Für die Ausnutzung des Zuwandererpotentials gilt ähnliches wie für die Frauenerwerbstätigkeit. Die vorliegenden Projektionen unterstellen nämlich einen positiven Nettowanderungssaldo nur bis zum Jahr 2010. Daraus folgt, daß die Grundlagen für die Nutzung der Zuwandererzahlen nach dem Jahr 2010 bereits im Zeitraum davor gelegt werden müssen. Eine unkontrollierte Zuwanderung wie bisher würde dies aus mehreren Gründen erheblich erschweren. Die Zuwanderung konkurriert aufgrund des bisherigen Verhaltens der Unternehmen mit einer Erweiterung der Frauenerwerbstätigkeit und Förderung der Alterserwerbsarbeit. Für die Arbeitgeber ist es sinnvoller, jüngere ausländische Männer den beiden anderen Gruppen gegenüber vorzuziehen. Betrachtet man die beiden anderen Ziele jedoch als gesellschaftspolitisch sinnvoll und erstrebenswert, so müßte eine Zuwanderung für den Zeitraum bis zum Jahr 2010 begrenzt werden, um somit den Unternehmen einen Anreiz zu geben, verstärkt Frauen einzustellen und Ältere weiterzubeschäftigen. Daneben könnte eine einschränkende Zuwanderungspraxis auch den „Arbeitslosigkeitsdruck“ mindern. Gerade für die Phase des Arbeitsplatzmangels müssen Regelungen getroffen werden, die die gesellschaftliche Akzeptanz der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer stabilisiert.

Dazu kommt der Qualifikationsaspekt. Dieser hat zum einen zur Folge, durch eine zukunftsorientierte Technologie- und Industriepolitik den Wirtschaftsstandort Deutschland zu sichern und zwar sowohl durch gute

Investitionsbedingungen als aber auch durch eine entsprechende Qualifikation des inländischen Faktors Arbeit. Eine derartige Verzahnung von kapital- und arbeitsorientierter Politik ist auch deshalb wichtig, da nicht auszuschließen ist, daß mit einem Exodus wichtiger Industrien auch besonders qualifiziertes Humankapital „auswandern“ könnte.

Das heißt, Humankapitalinvestitionen sind und werden einer der wichtigsten Wettbewerbsfaktoren für die Bundesrepublik Deutschland sein. Dieser Punkt steht allerdings aufgrund des absehbaren Facharbeitermangels mit den quantitativen Arbeitsmarktungleichgewichten im Widerspruch. Eine selektive Zuwanderungspraxis würde dann auch bereits eine nachfrageorientierte Qualifikationsselektion mit sich bringen. An die zukünftigen Einwanderer müßten somit qualitative Kriterien hinsichtlich ihrer Qualifikation, aber auch aufgrund der demographischen Entwicklung hinsichtlich ihres Alters gestellt werden. Dies würde bedeuten, daß Kosten für bestimmte Ausbildungen in Richtung Entsendeländer externalisiert werden und es dort zu einem generellen „brain drain“ (Abwanderung von qualifizierten Arbeitskräften) kommen kann, der allerdings quantitativ durch die Zuwanderungskontingente beschränkt werden kann. Folglich wären letztere für Aufnahme- und Entsendeland von Vorteil.

Die damit verbundenen fiskalischen Kosten sind schwer zu quantifizieren. Die Einflußfaktoren sind jedoch zu benennen: Quantität und Qualität der Zuwanderer und — daraus folgend — deren komplementäre oder substitutive Position gegenüber inländischen Arbeitnehmern. Die institutionelle Verantwortung für diese Option liegt beim Gesetzgeber, der über entsprechende Regelungen auch die gesellschaftliche Akzeptanz steuern kann. Die zur Zielerreichung notwendigen flankierenden Maßnahmen können an dieser Stelle aufgelistet werden, da sie in hohem Maße von den Zuwanderungsbedingungen abhängig sind. Generell müssen jedoch die integrationsfördernden Faktoren gestärkt und die integrationshemmenden Faktoren abgebaut werden. Diese Faktoren wären im einzelnen (vgl. Werner, 1993, 351): Bei den Immigranten sind Qualifikation, Alter und Motivation zu fordern sowie ein gesellschaftlich akzeptables Familieneinkommen, eine längere Aufenthaltsdauer, dauerhafte Beschäftigung und eine ähnliche kulturelle Herkunft zu wünschen. Integrationserschwerend sind dagegen langandauernde oder häufige Arbeitslosigkeit, instabile Beschäftigungsverhältnisse, Qualifikations- und Ausbildungsdefizite, höheres Alter, größere Kinderzahl und kulturelle Distanz. Für das Aufnahmeland können die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen in prosperierenden (gedeihenden) Berufen, Wirtschaftszweigen und Regionen, eine aktive Minoritätenpolitik sowie eine Politik der Chancengleichheit als gute Integrationsvoraussetzungen angesehen werden. Erschwerend sind dagegen gesetzliche und faktische Diskriminierung, gesellschaftliche Desintegrationshaltung, reglementierter Arbeitsmarktzugang und eine ungünstige Arbeitsmarktsituation. Die Erfahrungen aus anderen Ländern mit geregelter Zuwanderung lassen auf die Vorteilhaftigkeit derartiger Maßnahmen schließen (vgl. auch Meissner et al., 1993).

Die bereits in Deutschland lebenden Ausländer der zweiten und dritten Generation müssen parallel dazu ebenfalls weiterqualifiziert werden. Hier müssen angebots- und nachfrageseitige (Selbst)diskriminierungsmuster überwunden werden (vgl. Sesselmeier, 1994). Eine in Ansätzen bereits erkennbare Auflösung der nationalitätsspezifischen Arbeitsmarktsegmentierung muß deshalb forciert werden. Inwieweit die

Option der Zuwanderung nötig wird, hängt zwar insbesondere von der Umsetzung der anderen Optionen ab. Aufgrund der internationalen ökonomischen und gesellschaftlichen Bedingungen dürfte der Wanderungsdruck allgemein und der Immigrationsdruck auf Deutschland im besonderen steigen, so daß diese Entwicklung in jedem Falle zu berücksichtigen ist.

3.4.7 Synopse

Optionen Kriterien	Erhöhung der Arbeits- produktivität	Flexibilisierung der Arbeitszeit	Steigerung der Frauen- erwerbstätigkeit	Gezielte Zuwanderung	Förderung der Alters- erwerbsarbeit
Quantitative Effizienz					
Fiskalische Kosten					
Interdependenzen	Die vorgeschlagenen Optionen zur Beeinflussung des Beschäftigungsgrades sind interdependent. Über den Nettoeffekt kann nichts ausgesagt werden.				
institutionelle Verantwortung	Unternehmen Tarifparteien	Tarifparteien Gesetzgeber	Tarifparteien Gesetzgeber	Gesetzgeber	Tarifparteien Gesetzgeber
Flankierende Maßnahmen	Berücksichti- gung von Wei- terqualifizie- rungs- und Ar- beitsschutzmaß- nahmen	Umsetzungsun- terstützung für Unternehmen Bereitstellung haushaltsnaher Infrastruktur	Bereitstellung haushaltsnaher Infrastruktur	Zuwanderungs- gesetz Integrations- maßnahmen	forcierte Huma- nisierung der Arbeitswelt
Akzeptanz	ja	ja	ja	zu fördern	zu fördern
Erfahrungen					

Die Projektionen über die Arbeitsmarktentwicklung der kommenden 40 Jahre verlangen die Bewältigung zweier entgegengesetzter Situationen von Arbeitslosigkeit und Arbeitskräfteknappheit. Insgesamt ist den verschiedenen Mitteln zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit ein unterschiedlicher Wirkungsgrad zu bescheinigen. In der kurzen Frist dürfte nur eine allgemeine Arbeitszeitverkürzung ohne Erhöhung der Arbeitsstückkosten, flankiert durch umfassende Flexibilisierungsmaßnahmen, greifen. Traditionelle Wachstumspolitiken stoßen dabei an ihre Grenzen. Eine kurzfristige nachfrageorientierte Stabilisierungspolitik kann frühestens im ersten Jahrzehnt des nächsten Jahrhunderts wieder greifen, während angebotspolitische Maßnahmen prinzipiell eher langfristig wirken.

Schließlich darf nicht übersehen werden, daß gerade die hier vorgeschlagenen und präferierten Maßnahmen positive Produktivitätseffekte hervorbringen. Vor dem Hintergrund der nachfolgenden Periode der Arbeitskräfteknappheit darf es auf keinen Fall zu einer Ausgrenzung spezifischer Arbeitnehmergruppen wie etwa Ältere, Frauen oder Ausländer kommen, da deren für die Volkswirtschaft langfristig notwendiges Humankapital sonst verloren ginge. Eine derar-

tige Schaffung „merkmalsspezifischer Reservearmeen“ wäre volkswirtschaftlich ineffizient.

Erfolgversprechend erscheinen die Optionen, die gesellschaftspolitisch kompatibel sind und in beiden Arbeitsmarktzuständen angewendet werden können. Dies gilt für die Optionen Arbeitszeitflexibilisierung und Erweiterung des Erwerbspersonenpotentials. Die Optionen der Produktivitätssteigerung und der Weiterbildung sind aufgrund der internationalen Verflechtung und Konkurrenzsituation der bundesdeutschen Volkswirtschaft als von der jeweiligen Arbeitsmarktsituation unabhängige Größen zu betrachten. Lebenslange Qualifizierungskonzepte müssen allerdings — im Unterschied zu den produktivitätsorientierten Maßnahmen — von externer Seite — Tarifparteien, Staat — initiiert werden, da sie noch nicht als selbstverständlicher Bestandteil während der Erwerbsphase betrachtet werden. Das gleiche gilt für die Erhöhung der Alterserwerbstätigkeit und der Ausländerbeschäftigung. Diesbezüglich muß sich vor allem das Selbstverständnis der Bundesrepublik hinsichtlich ihres Status als Zuwanderungsland ändern. Dies erscheint als notwendige Voraussetzung für eine produktive Integration von Ausländern. Auch die Alternativerbsarbeit muß von dritter Seite — Tarifparteien, Staat — initiiert werden, da die Unternehmen —

bisher mit Unterstützung des Staates — den Arbeitsplatzabbau durch eine konzentrierte Freisetzung älterer Arbeitnehmer „abmildern“. Der Prozeß der Arbeitszeitflexibilisierung dürfte dagegen kaum externe Unterstützung erfordern, da es sich hier um eine allgemeine gesellschaftliche Entwicklung handelt. Allerdings sind die bisherigen Erfahrungen im Unternehmensbereich weniger positiv. Die sich aus den Tarifverträgen ergebenden Flexibilisierungsmöglichkeiten werden doch erst sehr zögerlich genutzt. Die Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit scheint ein von selbst ablaufender gesellschaftlicher Prozeß zu sein, der nur eine gewisse Steuerung benötigt, um geschlechtsspezifische Segmentierungen und Diskriminierungen zu überwinden.

Zur Lösung der Arbeitsmarktprobleme ist jedoch die Kombination dieser qualitativen und quantitativen Optionen unabdingbar. Aus der Möglichkeit, die Optionen für beide Arbeitsmarktsituationen nutzen zu können, ergibt sich die Notwendigkeit einer möglichst schnell beginnenden, sich dann kontinuierlich entwickelnden Planung, innerhalb derer die einzelnen Maßnahmen zeitlich aufeinander abgestimmt auf den Weg gebracht werden müssen.

3.5 Zusammenfassung

Die für diesen Bericht ausgewerteten Studien prognostizieren allesamt eine Stagnation der Erwerbsbevölkerung bis zum Jahr 2010 mit einer anschließenden signifikanten Schrumpfung. Parallel soll es zu einer Zunahme des Durchschnittsalters der Erwerbspersonen kommen. Für das Geschehen auf dem Arbeitsmarkt impliziert dies zwei aufeinander folgende Ungleichgewichtsphasen:

Während der deutsche Arbeitsmarkt bis etwa zum Jahr 2010 durch einen Arbeitskräfteüberhang, d. h. Arbeitslosigkeit gekennzeichnet sein wird, kann für die Folgezeit mit einem Arbeitskräftemangel als prägendes Charakteristikum gerechnet werden. Bei den verschiedenen aufgezeichneten Optionen, mit denen es möglich ist, die beiden Ungleichgewichtssituationen zu begegnen, ist es wichtig, auf die Verzahnung

der Maßnahmen für den gesamten Zeitraum (bis zum Jahr 2030) zu achten.

Da dieser Zwischenbericht — notwendigerweise — nur eine Partialanalyse darstellen kann, bedingt dies eine gewisse Ausblendung von dynamischen Problemen der Interaktion zwischen Bevölkerungs- und Erwerbspersonenentwicklung sowie der jeweiligen Arbeitsmarktsituation.

Im wesentlichen handelt es sich um die folgenden kurz skizzierten Aspekte: Bei einer konkreten Lösung der prognostizierten Arbeitsmarktprobleme müssen gemeinschaftliche Ansätze der Europäischen Union berücksichtigt werden, da die deutsche Entwicklung kein nationaler Sonderfall, sondern, mit Ausnahme Irlands, in allen Staaten West- und Mitteleuropas die Regel sein wird. Dies gilt es insbesondere im Zusammenhang einer Politik der gesteuerten Zuwanderung zu beachten.

Sollte es in der nächsten Legislaturperiode zu einer Wiedereinsetzung der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ kommen, sollten die Interdependenzen zwischen Arbeitsmarktentwicklung und den in diesem Bereich diskutierten Optionen eine ausführlichere Behandlung erfahren. Als erstes wäre hier zu untersuchen, wie sich die vorgeschlagenen Flexibilisierungsstrategien auf das lohnarbeitszentrierte soziale Sicherungssystem auswirken.

Darüber hinaus ist es wert näher analysiert zu werden, welche Auswirkungen sich aus einer steigenden Erwerbsbeteiligung — d. h. einer Erhöhung des Arbeitsangebots — für die Arbeitsnachfrage ergeben. Es wäre insbesondere eine Erhöhung der Erwerbstätigkeit durch eine Kommerzialisierung bisher weitgehend unentgeltlicher Tätigkeiten denkbar.

Diese Schaffung von Märkten für bislang auf freiwilliger oder caritativer Basis erbrachte Leistungen könnte mittelfristig zu einer Entschärfung der durch Unterbeschäftigung gekennzeichneten Arbeitsmarktsituation beitragen, langfristig aber auch das Arbeitskräftedefizit vergrößern. Schließlich müßten die Zusammenhänge zwischen einer älter werdenden Gesellschaft und deren Innovationsfähigkeit, Liberalität und Integrationsfähigkeit analysiert werden.

Literaturverzeichnis

- Autorengemeinschaft (1993):** Der Arbeitsmarkt 1993 und 1994 in der Bundesrepublik Deutschland, in: MittAB 26/1993, 445—466
- Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard (1993):** Alternde Gesellschaft und Erwerbsarbeit im Alter. Anforderungen an Beschäftigungssicherung und -förderung, in: Klose, Hans-Ulrich (Hrsg.): Altern der Gesellschaft. Antworten auf den demographischen Wandel, Köln (Bund-Verlag), 95—120
- Baumol, William/Blackman, Sue Ann/Wolff, Edward (1989):** Productivity and American Leadership: The Long View, Cambridge/Mass. and London
- Bundesanstalt für Arbeit (1993):** Arbeitsmarkt 1992, in: ANBA 3/1993
- Buttler, Friedrich/Tessaring, Manfred (1993):** Humankapital als Standortfaktor. Argumente zur Bildungsdiskussion aus arbeitsmarktpolitischer Sicht, in: MittAB 26/1993, 467—476
- Buttler, Friedrich/Thon, Manfred (1993):** Bevölkerungsentwicklung und Arbeitskräftepotentiale, in: Klose, Hans-Ulrich (Hrsg.): forum demographie und politik Heft 4, 38—62
- DIW (1993):** Entwicklung des Arbeitskräfteangebots in Deutschland bis zum Jahr 2010, in: DIW-Wochenbericht 42/1993, 598—606
- Fischer, Cornelia/Heier, Dieter (1983):** Entwicklungen der Arbeitsmarkttheorie, Frankfurt/New York (Campus)
- Franke, Heinrich (1990):** Brennpunkt Arbeitsmarkt. Lehrbuch für politische und betriebliche Praxis, Percha/Kempfenhausen
- Franz, Wolfgang (1991):** Arbeitsmarktökonomik, Berlin u. a. (Springer)
- Franz, Wolfgang (1993):** Der Arbeitsmarkt. Eine ökonomische Analyse, Mannheim u. a. (BI-Taschenbuchverlag)
- Friedrich, Klaus (1994):** Intraregionale und interregionale Muster und Prinzipien der Mobilität älterer Menschen, Gutachten für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ beim Deutschen Bundestag, Bonn, K.-Drucksache 201
- Fuchs, Johann/Magvas, Emil/Thon, Manfred (1991):** Erste Überlegungen zur zukünftigen Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials im Gebiet der neuen Bundesländer — Modellrechnungen bis 2010 und Ausblick bis 2030, in: MittAB 24/1991, 689—705
- Grütz, Jens et al. (1993):** Modellrechnung zum Erwerbspersonenpotential und zur Arbeitsmarktbilanz bis zum Jahre 2030, in: Deutsche Rentenversicherung 7/1993, 449—462
- Hof, Bernd (1993):** Europa im Zeichen der Migration. Szenarien zur Bevölkerungs- und Arbeitsmarktentwicklung in der Europäischen Gemeinschaft bis 2020, Köln (Institut der deutschen Wirtschaft)
- Hoffmann, Edeltraud (1993):** Zur Beschäftigung älterer Arbeitnehmer in Westdeutschland — Quantitative und qualitative Aspekte, in: MittAB 26/1993, 313—335
- Klauder, Wolfgang (1992):** Wirtschaftliche und gesellschaftliche Bedeutung der Frauenerwerbstätigkeit heute und morgen, in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 18/1992, 435—463
- Klauder, Wolfgang (1993):** Ausreichend Mitarbeiter für Tätigkeiten von morgen? Europäisches Arbeitskräftepotential und demographiebedingte Engpässe des Arbeitsmarktes, in: Bullinger, Hans-Jörg et al. (Hrsg.): Alter und Erwerbsarbeit der Zukunft. Arbeit und Technik bei veränderten Alters- und Belegschaftsstrukturen, Berlin u. a., 22—31
- Klauder, Wolfgang (1993 a):** Zu den demographischen und ökonomischen Auswirkungen der Zuwanderung in die Bundesrepublik in Vergangenheit und Zukunft, in: MittAB 26/1993, 477—494
- Knappe, Eckhard (1989):** Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland: Ein Problem der Lohnstruktur oder des Lohnniveaus?, in: Emmerich, Knut et al. (Hrsg.): Einzel- und gesamtwirtschaftliche Aspekte des Lohnes, Nürnberg (BeitrAB 128), 203—224
- Köchling, Annegret (1992):** Arbeitsplätze der Zukunft, in: Klose, Hans-Ulrich (Hrsg.): forum demographie und politik Heft 2, 60—81
- Lüken, Stephan/Heidenreich, Hans-Joachim (1991):** Erwerbsquote und Erwerbsverhalten. Ergebnisse des Mikrozensus, in: Wirtschaft und Statistik 12/1991, 787—800
- Meissner, Doris et al. (1993):** Internationale Migration: Herausforderungen einer neuen Ära, Forschungsinstitut der deutschen Gesellschaft für Auswärtige Politik e.V., Bonn
- Naegele, Gerhard (1994):** Demographische und strukturelle Veränderungen in der Arbeitswelt — Neue Herausforderungen an berufliche Fort- und Weiterbildung (erscheint in Gösken, E./Pfaff, M./Veelken, L. (Hrsg.): Lernen für das Alter (Arbeitstitel), Dortmunder Schriften zur angewandten Gerontologie, 2. Hannover: Vincentz-Verlag
- Pätzold, Jürgen (1989):** Tautologien und Theorien in den Wirtschaftswissenschaften. Das Beispiel der Beschäftigungspolitik, in: WiSt 6/1989, 270—275
- Prognos (1993):** Die Bundesrepublik Deutschland 2000—2005—2010. Die Entwicklung von Wirtschaft und Gesellschaft in der Bundesrepublik und den Bundesländern bis 2010, Basel
- Reetz, Lothar/Reitmann, T. (Hrsg.) (1990):** Schlüsselqualifikationen, Hamburg
- Riese, Martin (1986):** Die Messung der Arbeitslosigkeit, Berlin (Duncker & Humblot)

- Roloff, Juliane/Assenmacher, Marianne (1991):** Einkommensunterschied zwischen Männern und Frauen — Ein deutsch-deutscher Vergleich —, in: Assenmacher, Marianne (Hrsg.): Frauen am Arbeitsmarkt, Probleme der Einheit Bd. 4, Marburg, 35—52
- Rothkirch, von Christoph (1993):** Langfristige Perspektiven der Arbeitsmarktentwicklung bis 2010, in: Sozialer Fortschritt 42/1993, 178—183
- Rürup, Bert/Sesselmeier, Werner (1993):** Die demographische Entwicklung Deutschlands: Risiken, Chancen, politische Optionen, in: Aus Politik und Zeitgeschichte B 44/1993, 3—15
- Rürup, Bert/Sesselmeier, Werner (1993 a):** Schrumpfende und alternde deutsche Bevölkerung, Arbeitsmarktpolitische Perspektiven und Optionen, in: Klose, Hans-Ulrich (Hrsg.): Altern der Gesellschaft. Antworten auf den demographischen Wandel, Köln (Bund-Verlag), 27—50
- Schulze, Gerhard (1992):** Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart, Frankfurt/New York (Campus)
- Seifert, Wolfgang (1992):** Soziale Lage von Ausländern, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 526—535
- Sesselmeier, Werner (1994):** Migration und deren Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme, Arbeitspapier der Akademie der Arbeit in der Universität Frankfurt (im Erscheinen)
- Sesselmeier, Werner/Blauermei, Gregor (1990):** Arbeitsmarkttheorien. Ein Überblick, Heidelberg (Physica)
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.):** Datenreport 1992. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Bonn
- Stoß, Friedemann/Weidig, Inge (1990):** Der Wandel der Tätigkeitsfelder und -profile bis zum Jahre 2010, in: MittAB 1/1990, 34—51
- Straka, Gerald A./Kuwon, Helmut (1994):** Einflußfaktoren auf die berufliche Fort- und Weiterbildung von Erwerbstätigen unter besonderer Berücksichtigung des Lebensalters, in: Abel, J. (Hrsg.): Berufliche Weiterbildung und neue Technologien, Münster, 126—135.
- Tessaring, Manfred (1991):** Tendenzen des Qualifikationsbedarfs in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahre 2010, in: MittAB 1/1991, 45—62
- Thon, Manfred (1991):** Perspektiven des Erwerbspersonenpotentials in Gesamtdeutschland bis zum Jahre 2030, in: MittAB 4/1991, 706—712
- Thon, Manfred (1991 a):** Neue Modellrechnungen zur Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials im bisherigen Bundesgebiet bis 2010 mit Ausblick bis 2030, in: MittAB 4/1991, 673—688
- Werner, Heinz (1993):** Integration ausländischer Arbeitnehmer in den Arbeitsmarkt. Vergleich von Frankreich, Deutschland, Niederlande und Schweden, in: MittAB 26/1993, 348—361

Anhang

Im Anhang werden die wichtigsten Abbildungen und Tabellen der im Text verwendeten Projektionen sowie das dem Abschnitt 3.4.1 zugrundeliegende Modell dokumentiert.

A 1: Zusammenfassende Matrix zu den Annahmen der Prognosen

A 2: Allgemeines Modell zur Ableitung beschäftigungspolitisch relevanter Maßnahmen

A 3: IAB

A 4: VDR

A 5: DIW

A 6: Prognos AG

Anhang 1

Matrix

Annahmen-katalog Prognose	Generatives Verhalten	Wanderungs- annahmen	Bevölkerung	Erwerbsverhalten	Arbeitsangebot
IAB Thon 1991/1991a, Fuchs et al. 1991 1990—2030	ABL: NRZ: 0,66 (D); 0,91 (A); LE: (D) bis 2000 steigend auf 72,5 (M)/79,2 (F), dann konstant; (A) konstant 76,6 (M)/82,4 (F); NBL: NRZ: Absinken auf 0,65 bis 2000, dann konstant; LE steigt langsam, erreicht 2030 W-niveau von 2010	Nettowande- rungssaldo 1991—2000: + 3 Mio., davon knapp die Hälfte Aussiedler; 2000—2010: jährliche Netto- zuwanderung von 160 000	Bis 2030 schrumpft die deutsche Bevöl- kerung auf 71 Mio.; die ausländische Bevölkerung be- trägt 10 Mio.; der Anteil der 15 bis 75jährigen liegt relativ konstant bei 75,9%; der Frauenanteil beträgt 51,3 %.	konstantes Bil- dungsverhalten; Anteil der unter 30jährigen sinkt bis 2010 um 30 %; Frauener- werbsbeteiligung steigt bis 2010 variantenabhän- gig um 1,7 bzw. 2,5 Mio., danach keine Steigerung mehr möglich; NBL: Anglei- chung an Westniveau	1995: 41,3 Mio. 2010: 42,4 Mio. 2030: 33,6 Mio. jeweils obere Variante
VDR Grütz et al. 1993 1990—2030				Anstieg der weiblichen Potential- erwerbsquoten, ab 2010 kon- stante Potential- erwerbsquoten	Erwerbs- personen- potential 1995: 42,3 Mio. 2010: 41 Mio. 2030: 31,7 Mio.
DIW DIW 1990, 1990 a, 1993, 1993 a 1991—2010	zusammengefaßte Geburtenziffer sze- narienabhängig 1315 bzw. 1500 Kinder je 1000 F/ABL. A: Rückgang auf 1600 Kinder je 1000 F bis 2000	kumulierter Wanderungs- saldo 1993 bis 2010: 4,6 bis 6,5 Mio., davon 3,4 bis 4,8 Mio. Ausländer	ABL: bis 2040 Sinken der dt. Bev. auf 45,1 Mio.; A: 9,5 Mio.; Anteil der 20 bis 60jähr. sinkt auf 48%; NBL: 11 Mio., 20 bis 60jähr. 49 %	langsamerer Anstieg der Bildungsbetei- ligung; Anglei- chung der Er- werbsbeteiligung von M und F in ABL und NBL;	2010: 41,3 Mio., davon: 6,2 Mio. (A)
Prognos AG Prognos 1993, Rothkrich 1993 1991—2010	ABL: leichter Anstieg der alters- spezifischen Frucht- barkeit bis 2010; NBL: Anpassung bis 2010 an die ABL;	kumulierter Wanderungs- saldo 1992 bis 2010: 4,2 Mio., davon Auslän- der: 3 Mio.	Wohnbevölke- rung 2010: 70,7 Mio. (D), davon 36,2 Mio. (F), dazu 9,6 Mio. (A)	ABL: Anstieg der Erwerbsquoten NBL: Sinkende Erwerbsquoten auf ABL-Niveau	2010: 39,7 Mio. Erwerbs- personen

NRZ: Nettoreproduktionsrate; D = Deutsche; A = Ausländer; ABL = Alte Bundesländer; NBL = Neue Bundesländer;
LE = Lebenserwartung; M = Männer; F = Frauen

Anhang 2

Allgemeines Modell

Das folgende Modell zur Ableitung beschäftigungspolitischer Maßnahmen bildet den Rahmen sowohl für die beiden von der Zielrichtung unterschiedlichen Zeitphasen als auch für die verschiedenen konkreten Optionen.

Ausgehend von der folgenden Identität werden nun die für uns relevanten makroökonomischen Determinanten der Beschäftigungsentwicklung entworfen (ausführlich hierzu Pätzold, 1989; ähnlich Rürup/Sesselmeier, 1993):

Wir beginnen mit der Identität bzw. Tautologie, daß das reale Bruttoinlandsprodukt dem realen Bruttoinlandsprodukt entspricht, also

$$(1) Y = Y$$

Durch Erweiterung um die Erwerbstätigenzahl E und die jahresdurchschnittliche Arbeitszeit h erhalten wir

$$(2) Y = (Y / Eh) E h.$$

Definiert man die Arbeitsstundenproduktivität

$$(3) p = Y / (E h)$$

dann ergibt sich

$$(4) Y = p E h.$$

Löst man dieses nach der Erwerbstätigkeit E auf, so erhalten wir

$$(5) E = Y / (p h).$$

Nehmen wir weiter an, daß alle Variablen stetige, differenzierbare Funktionen in der Zeit sind, so folgt für die Wachstumsrate w von E

$$(6) w_E = w_Y - w_p - w_h.$$

Das heißt, die Entwicklung der Erwerbstätigkeit hängt — ceteris paribus — positiv von der Entwicklung der Produktion und negativ von der Entwicklung der Arbeitsproduktivität und der jahresdurchschnittlichen Arbeitszeit ab.

Um die Veränderung des Erwerbspersonenpotentials EP noch zu berücksichtigen, benötigen wir noch den Beschäftigungsgrad b mit

$$(7) b = E / EP.$$

Analog zu oben ergibt sich auch hier für die Wachstumsrate

$$(8) w_b = w_E - w_{EP}.$$

Nach Auflösung nach w_E und Einsetzung in Gleichung (6) ergibt sich die für uns relevante Ausgangsbeziehung

$$(9) w_b = w_Y - w_p - w_h - w_{EP}$$

IAB — Prognose

**Projektionsvarianten der deutschen Bevölkerung
(Thon 1991 a, 675)**

	Variante 1	Variante 2	Variante 3
Geburtenziffern	konstante Werte von 1987 Nettoproduktionsrate = 0,66	wie in Variante 1	wie in Variante 1
Sterbeziffern	konstante Werte von 1990 Lebenserwartung ¹⁾ männlich: 72,5 Jahre weiblich: 79,2 Jahre	Lebenserwartung steigend bis 2000 auf: männlich: 74,2 Jahre weiblich: 81,3	wie in Variante 2
Einbürgerungen	—	—	1991—2030: 20 000 p. a.
Wanderungen	—	—	mit Wanderungen lt. Tabelle 1

1) eines Neugeborenen

**Entwicklungskomponenten des deutschen Erwerbspersonenpotentials,
Männer und Frauen, alte Bundesländer
(Thon 1991 a, 684)**

	ohne Wanderung/ Einbürgerung konst. EQ 90	absolute Bestandswerte mit Wanderungen/Einbürgerungen				kum. Veränderung mit Wanderung/ Einbürgerung		davon			
		konst. EQ 90	variable EQ		variable EQ		demo- graph. ohne Wan- derung/ Einbür- gerung	aus Wan- derung/ Einbür- gerung	aus variabler Erwerbsquote		
			uV	oV	uV	oV			uV	oV	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					aus 3	aus 4	aus 1	= 2—1	= 3—2	= 4—2	
1990 ..	29 000	29 000	29 000	29 000	0	0	0	0	0	0	
1995 ..	28 072	29 042	29 498	26 661	+ 498	+ 661	- 928	+ 970	+ 456	+ 619	
2000 ..	26 858	28 118	28 997	29 338	- 3	+ 338	- 2 142	+1 260	+ 879	+1 220	
2005 ..	25 790	27 180	28 668	29 222	- 332	+ 222	- 3 210	+1 390	+1 488	+2 042	
2010 ..	25 010	26 512	28 551	29 316	- 449	+ 316	- 3 990	+1 502	+2 039	+2 804	
2020 ..	22 442	23 923	25 921	26 574	-3 079	-2 426	- 6 558	+1 481	+1 998	+2 651	
2030 ..	18 607	19 960	21 668	22 231	-7 332	-6 769	-10 393	+1 353	+1 708	+2 271	
darunter Frauen											
1990 ..	12 025	12 025	12 025	12 025	0	0	0	0	0	0	
1995 ..	11 485	11 855	12 352	12 515	+ 327	+ 490	- 540	+ 370	+ 497	+ 660	
2000 ..	10 898	11 382	12 344	12 685	+ 319	+ 660	- 1 127	+ 484	+ 962	+1 303	
2005 ..	10 503	11 042	12 420	12 974	+ 395	+ 949	- 1 522	+ 539	+1 378	+1 932	
2010 ..	10 210	10 808	12 551	13 316	+ 526	+1 291	- 1 815	+ 598	+1 743	+2 508	
2020 ..	9 072	9 667	11 225	11 878	- 800	- 147	- 2 953	+ 595	+1 558	+2 211	
2030 ..	7 507	8 055	9 359	9 922	-2 666	-2 103	- 4 518	+ 548	+1 304	+1 867	

**Entwicklung der Gesamtbevölkerung und des Anteils der 15- bis 75jährigen in Gesamtdeutschland
nach drei Projektionsvarianten
(Thon 1991, 708)**

	Bevölkerungsvarianten								
	ohne Wanderung						mit Wanderung bis 2010		
	Geb.- u. Sterbeziff. konst.			Geb.- u. Sterbeziff. z. T. variabel					
	Deutsche: Variante 1			Deutsche: Variante 2			Deutsche: Variante 3		
bisher. Bundesgebiet ¹⁾	Ausländer: Variante 1						Ausländer: Variante 2		
Beitrittsgebiet ²⁾	Variante 1			Variante 2			Variante 3		
	Männer 001	Frauen 002	M+F 003	Männer 004	Frauen 005	M+F 006	Männer 007	Frauen 008	M+F 009
1990	38 328	41 138	79 466	38 328	41 138	79 466	38 328	41 138	79 466
1995	38 207	40 508	78 714	38 246	40 584	78 830	39 573	41 762	81 336
2000	37 852	39 707	77 558	37 997	39 965	77 962	40 005	41 797	81 802
2005	37 124	38 694	75 817	37 393	39 132	76 525	39 919	41 492	81 411
2010	36 116	37 570	73 687	36 494	38 142	74 637	39 525	41 019	80 544
2020	33 652	35 187	68 839	34 166	35 925	70 091	37 397	39 035	76 431
2030	30 786	32 477	63 263	31 336	33 255	64 591	34 567	36 449	71 016
1990	78,4	75,3	76,8	78,4	75,3	76,8	78,4	75,3	76,8
1995	78,8	75,8	77,2	78,8	75,7	77,2	78,7	75,6	77,1
2000	78,9	75,4	77,1	78,9	75,1	77,0	78,8	75,1	76,9
2005	79,3	76,1	77,7	79,3	75,7	77,5	79,3	75,6	77,4
2010	79,9	77,2	78,5	79,9	76,6	78,2	79,9	76,6	78,2
2020	78,9	76,2	77,5	78,5	75,1	76,8	78,8	75,3	77,0
2030	78,4	75,5	76,9	78,0	74,3	76,1	78,2	74,6	76,4

1) Deutsche: Variante 1: konstante Fruchtbarkeit/Sterblichkeit, ohne Wanderungen
 Variante 2: konstante Fruchtbarkeit, sinkende Sterblichkeit, ohne Wanderungen
 Variante 3: konstante Fruchtbarkeit, sinkende Sterblichkeit, mit Wanderungen

Ausländer: Variante 1: konstante Fruchtbarkeit/Sterblichkeit, ohne Wanderungen
 Variante 2: konstante Fruchtbarkeit/Sterblichkeit, mit Wanderungen

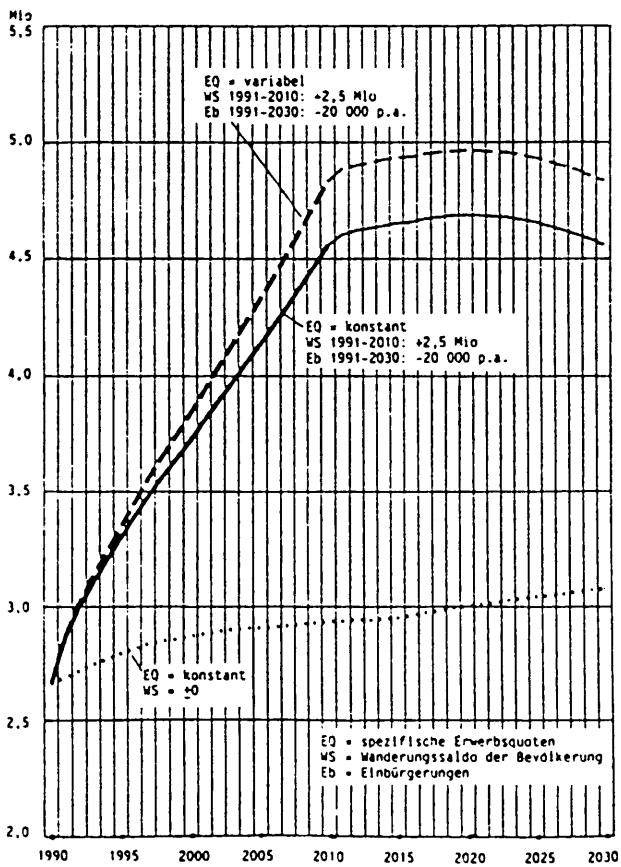
2) Variante 1: konstante Fruchtbarkeit/Sterblichkeit, ohne Wanderungen
 Variante 2: sinkende Fruchtbarkeit/Sterblichkeit, ohne Wanderungen
 Variante 3: sinkende Fruchtbarkeit/Sterblichkeit, mit Wanderungen

**Projektionsvarianten der ausländischen Bevölkerung
(Thon 1991 a, 677)**

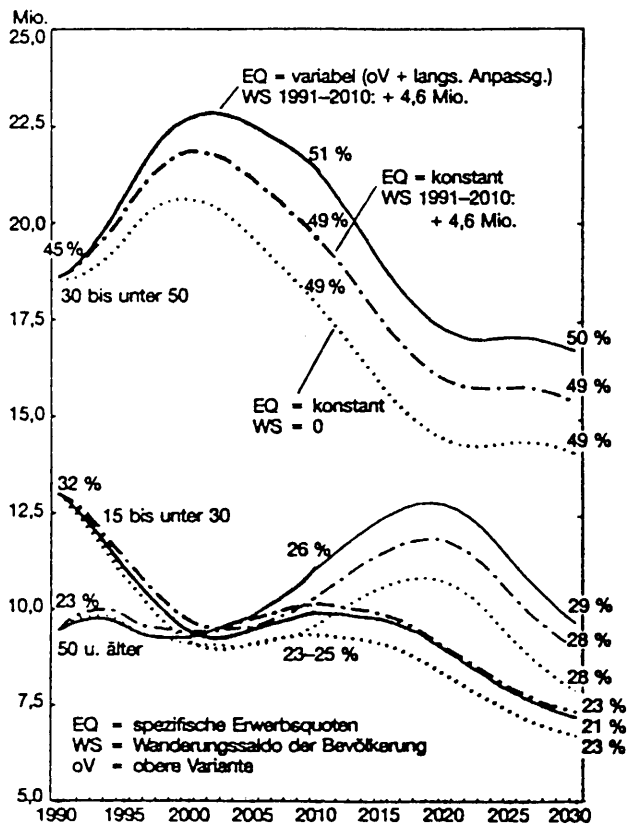
	Variante 1	Variante 2
Geburtenziffern	konstante Werte von 1987 Nettoreproduktionsrate = 0,91	wie in Variante 1
Sterbeziffern	konstante Werte von 1987 Lebenserwartung ¹⁾ männlich: 76,6 Jahre weiblich: 82,4 Jahre	wie in Variante 1
Einbürgerungen (als Deutsche) ..	—	1991—2030: 20 000 p. a.
Wanderungen	—	mit Wanderungen lt. Tabelle 3

1) eines Neugeborenen

**Ausländisches Erwerbspotential
1990—2030 in den alten Bundesländern
in Mio. Personen
(Thon 1991 a, 684)**



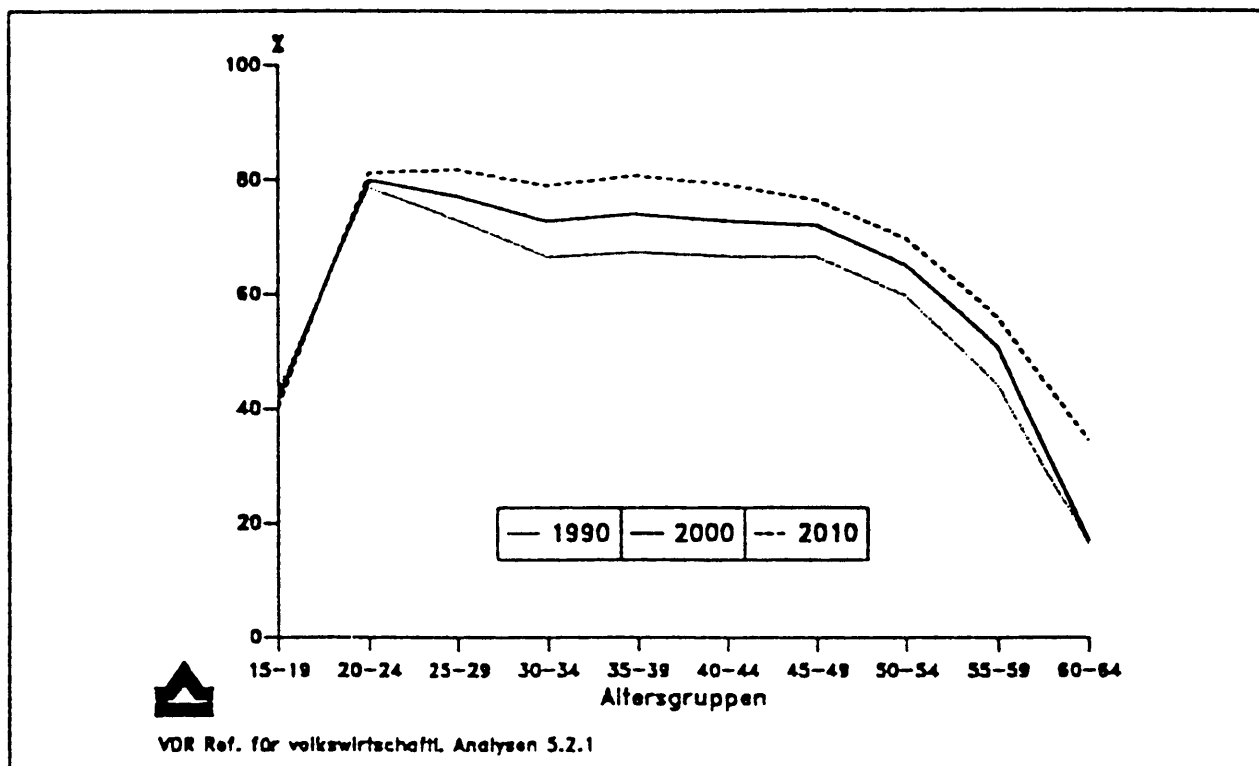
**Gesamtdeutsches Erwerbspotential
1990—2030 nach drei Altersgruppen
(Thon 1991, 710)**



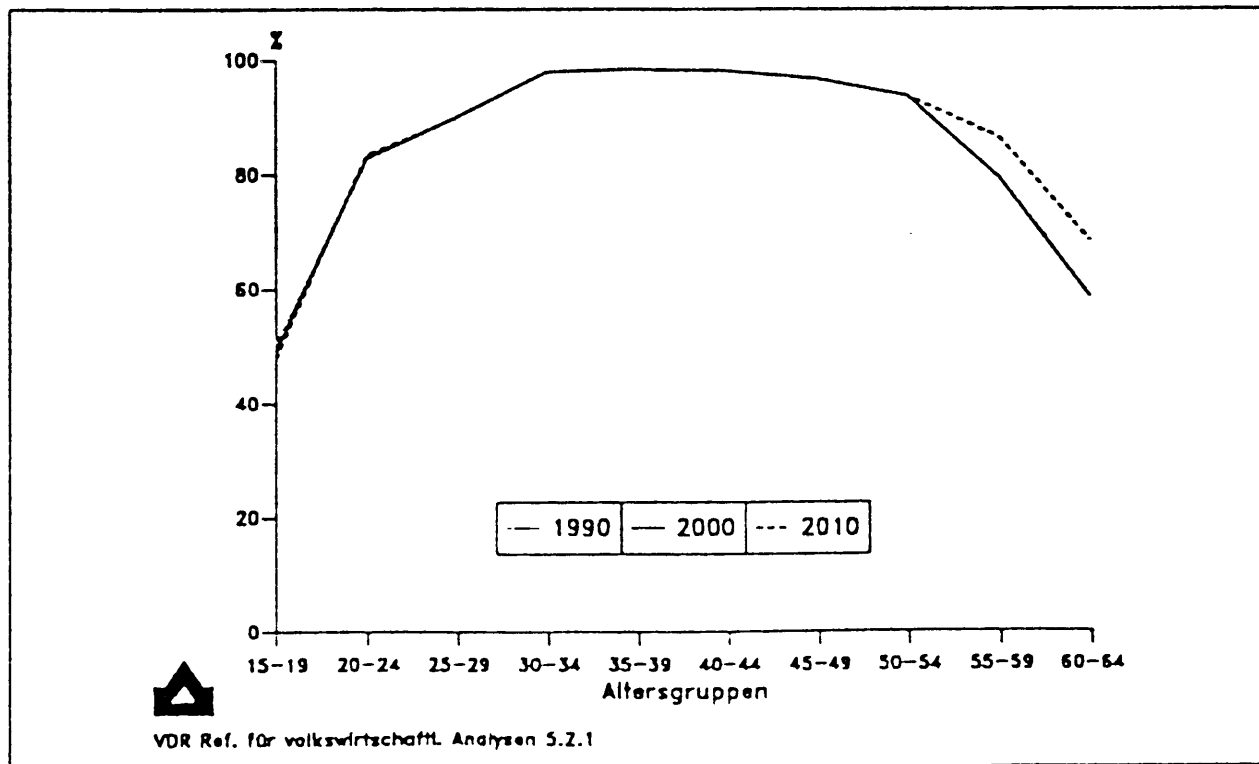
Anhang 4

VDR — Projektion

Potentialerwerbsquoten alte Bundesländer — Frauen
(Grütz et al. 1993, 454)



Potentialerwerbsquoten alte Bundesländer — Männer
(Grütz et al. 1993, 455)



Arbeitsmarktbilanz alte Bundesländer, variable Quoten
(Grütz et al. 1993, 458)

Jahr	Erwerbspersonen- potential	Stille Reserve	Erwerbspersonen	Arbeitslose	Erwerbstätige
1992	33 485	2 562	30 923	1 808	29 115
1993	33 760	2 808	30 952	2 419	28 533
1994	33 791	2 899	30 892	2 645	28 248
1995	33 750	2 887	30 863	2 615	28 248
2000	33 338	2 564	30 774	1 813	28 961
2010	32 956	1 606	31 350	908	30 442
2015¹⁾	31 907	493	31 414	282	31 133
2020	30 164	466	29 698	260	29 432
2030	25 265	389	24 876	223	24 653

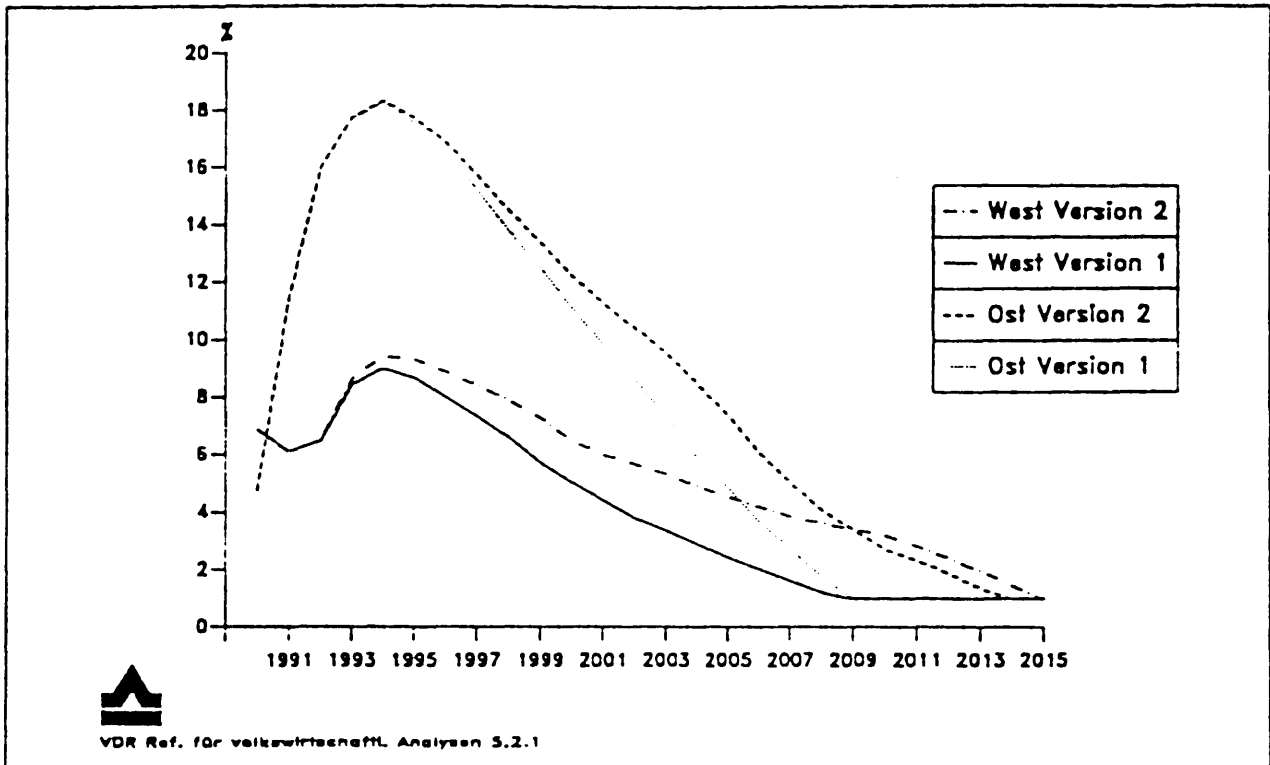
¹⁾ In den durch den Fettdruck hervorgehobenen Jahren wird die minimale Arbeitslosenquote erreicht.

Arbeitsmarktbilanz neue Bundesländer, variable Quoten
(Grütz et al. 1993, 459)

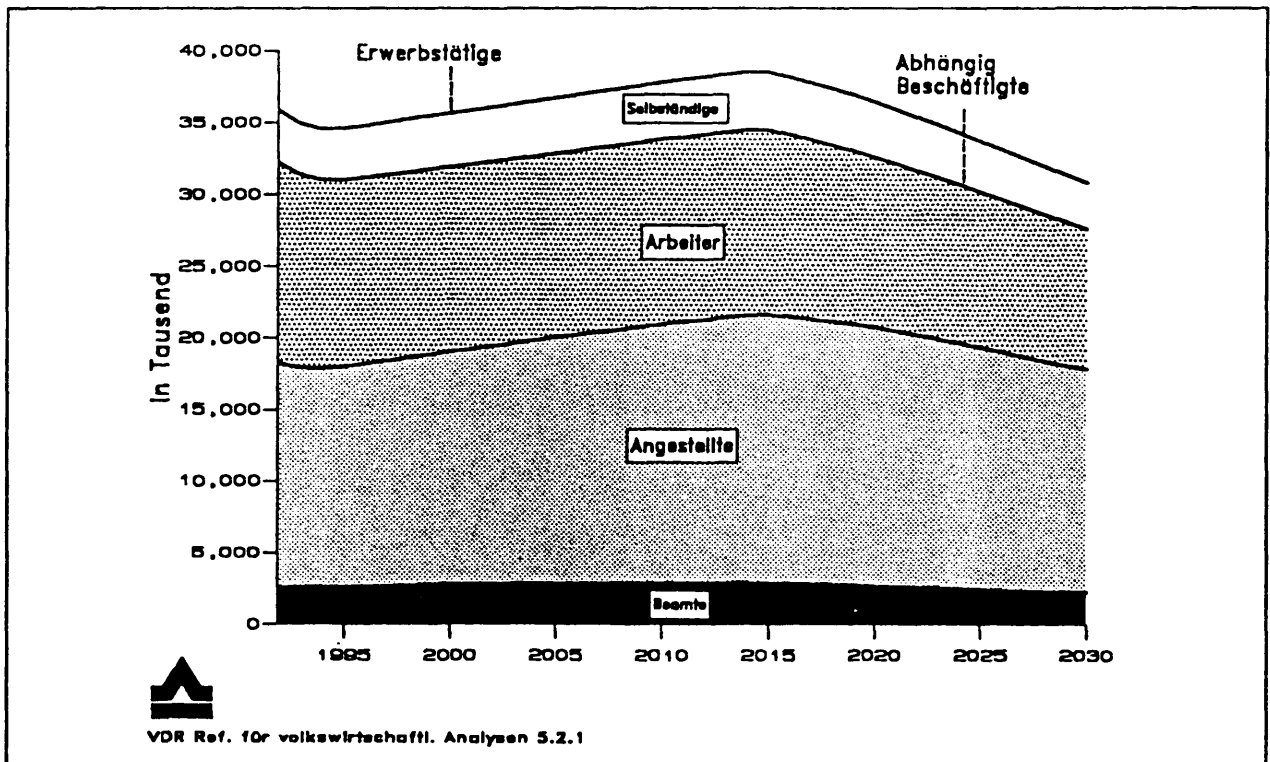
Jahr	Erwerbspersonen- potential	Stille Reserve	Erwerbspersonen	Arbeitslose	Erwerbstätige
1992	8 917	1 047	7 871	1 170	6 701
1993	8 756	1 069	7 687	1 265	6 422
1994	8 626	1 017	7 608	1 292	6 317
1995	8 532	952	7 580	1 241	6 340
2000	8 336	784	7 552	842	6 710
2010	7 912	312	7 599	188	7 412
2014¹⁾	7 706	100	7 606	68	7 537
2020	7 248	93	7 156	64	7 092
2030	6 431	80	6 351	57	6 294

¹⁾ In den durch den Fettdruck hervorgehobenen Jahren wird die minimale Arbeitslosenquote erreicht.

Arbeitslosenquote im Zeitverlauf
(Grütz et al. 1993, 461)



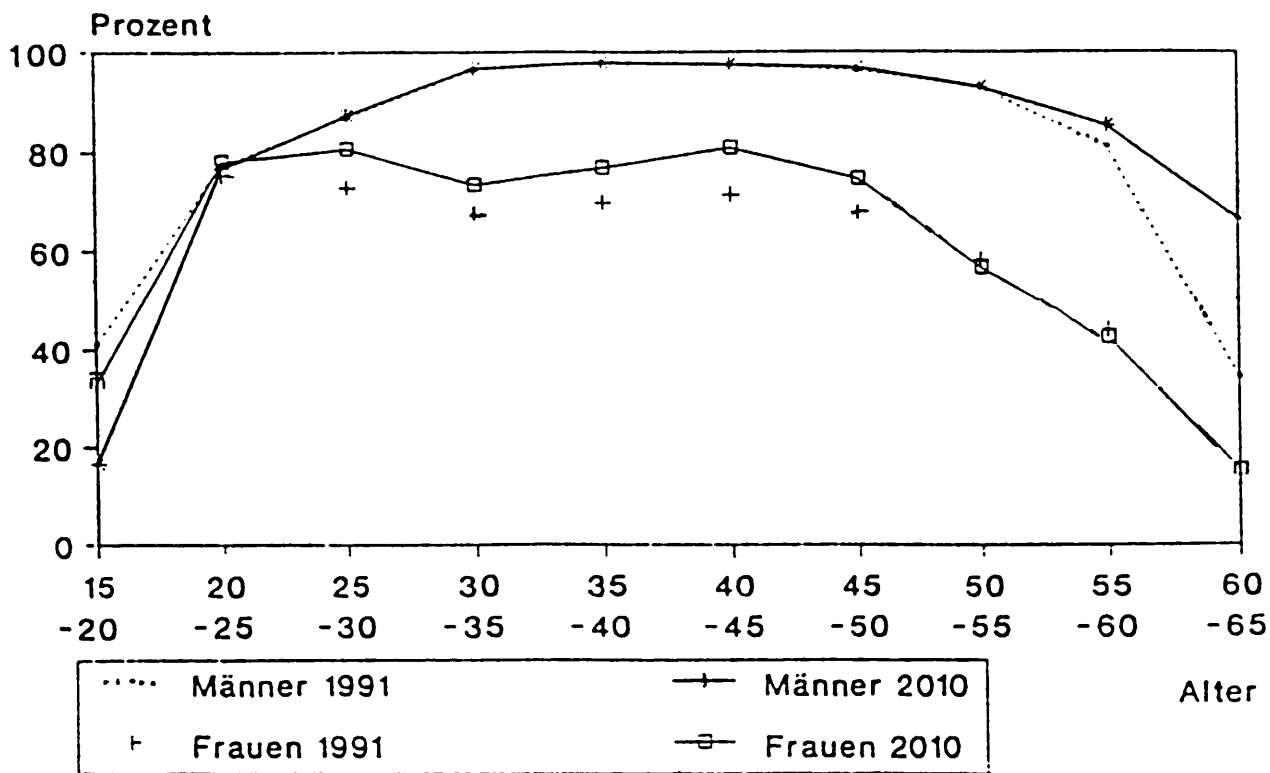
Erwerbstätige in Deutschland
(Grütz et al. 1993, 461)



DIW — Projektion

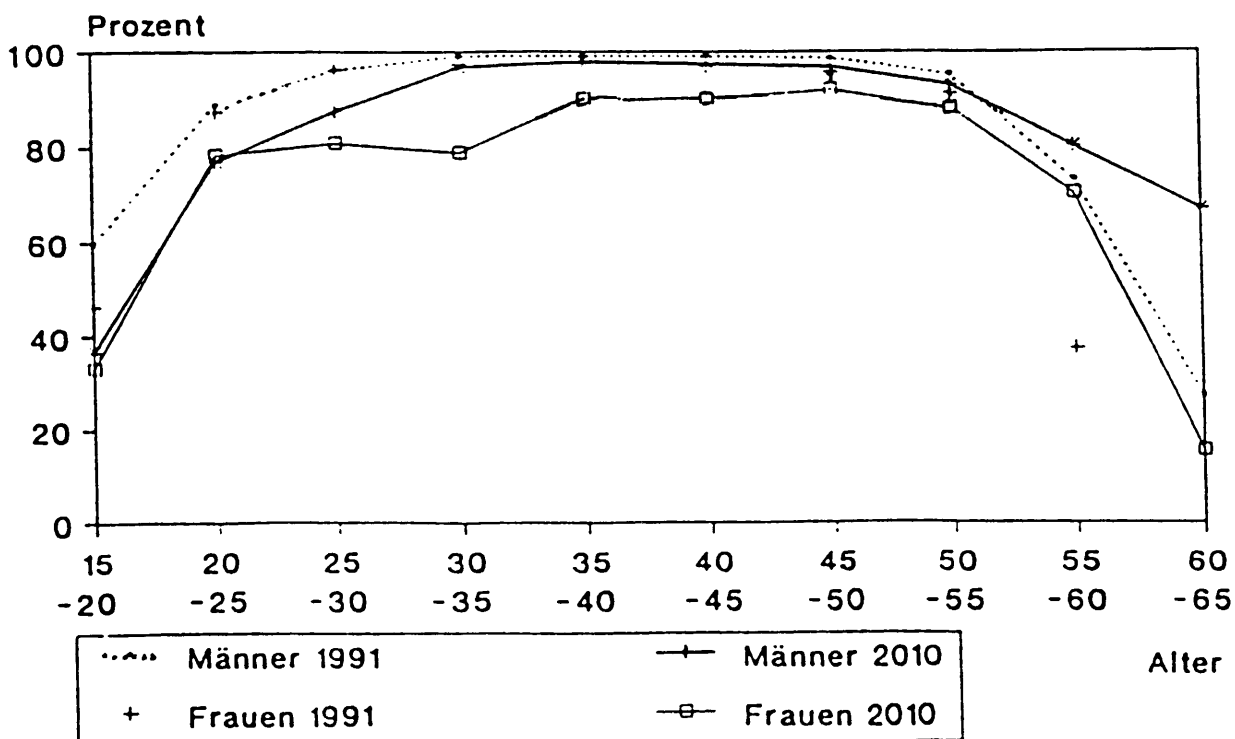
Anhang 5

Erwerbsquoten nach Altersgruppen Deutsche, alte Bundesländer (DIW 1993, 602)



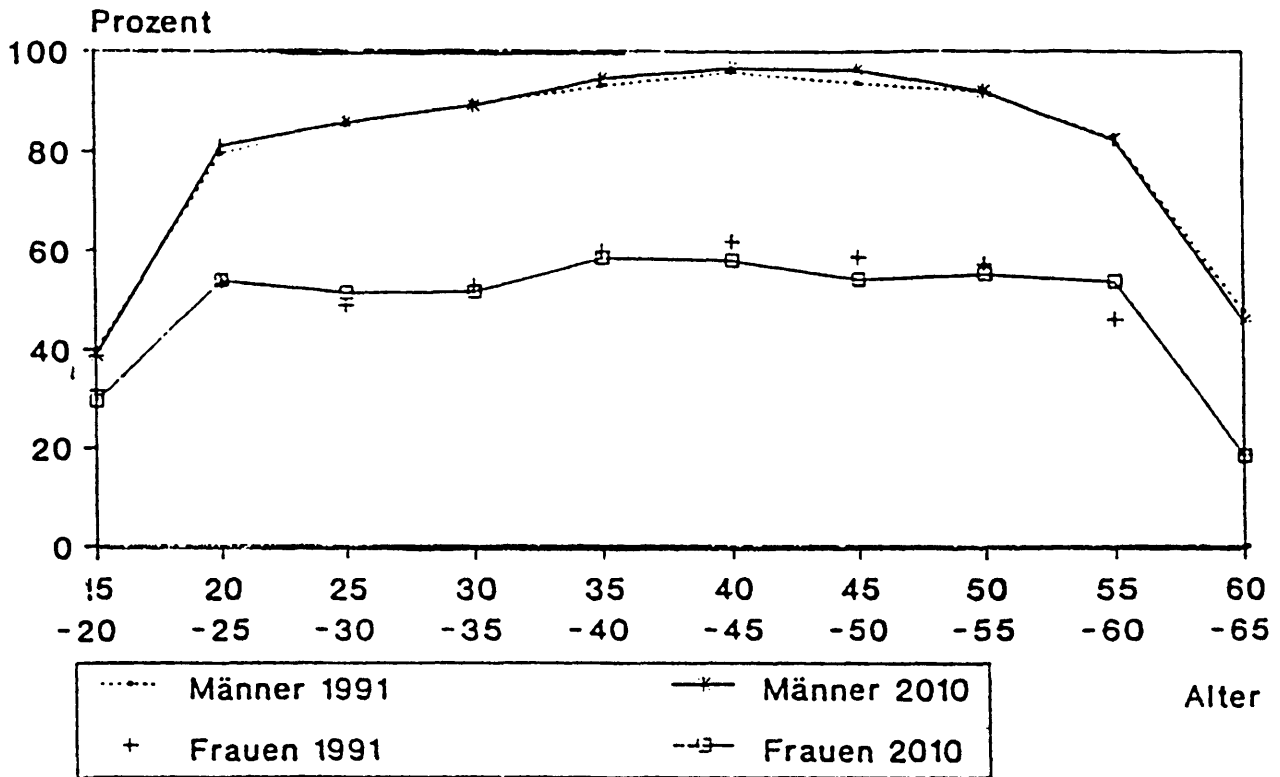
Quelle: Ergebnisse des Mikrozensus 1991; Vorausschätzungen des DIW

Erwerbsquoten nach Altersgruppen Deutsche, neue Bundesländer (DIW 1993, 602)



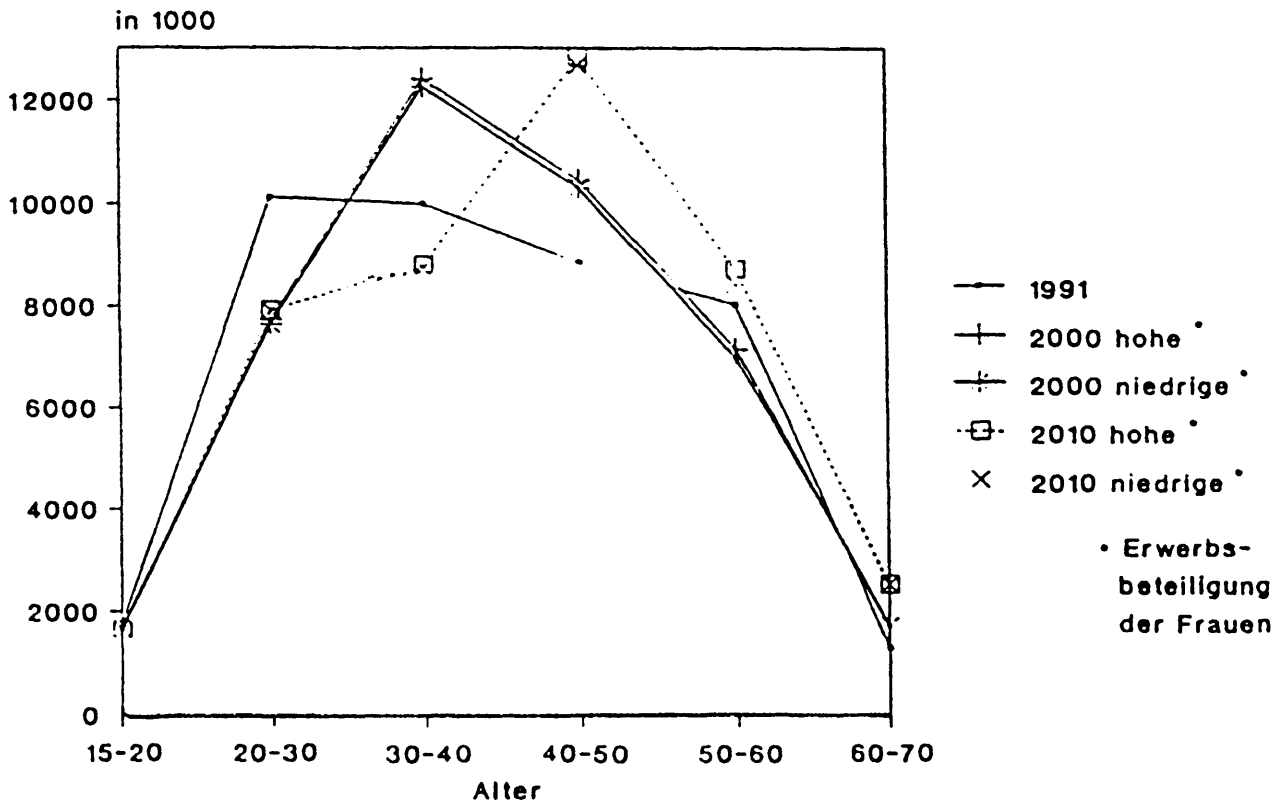
Quelle: Ergebnisse des Mikrozensus 1991; Vorausschätzungen des DIW

Erwerbsquoten nach Altersgruppen Ausländer, Gesamtdeutschland (DIW 1993, 602)



Quelle: Ergebnisse des Mikrozensus 1991; Vorausschätzungen des DIW

Entwicklung des Arbeitskräfteangebots Deutschland, Szenario II (DIW 1993, 604)



Quelle: Ergebnisse des Mikrozensus 1991; Vorausschätzungen des DIW

Prognos — Projektion

Erwerbsquoten Gesamtdeutschland
(Prognos 1993, 15 *)

Alter	1. Grundzahlen in 1 000											
	gesamt				männlich				weiblich			
	1991	2000	2005	2010	1991	2000	2005	2010	1991	2000	2005	2010
15—19	42,4	39,5	40,0	40,3	44,9	40,8	41,4	41,8	39,7	38,0	38,4	38,7
20—24	79,4	79,7	79,5	79,3	81,7	81,0	80,5	80,0	77,0	78,2	78,5	78,5
25—29	82,3	80,7	80,6	80,2	88,8	87,2	87,0	86,6	75,5	73,8	73,7	73,2
30—34	84,4	84,1	84,0	83,9	96,1	95,8	95,6	95,4	71,9	71,6	71,6	71,5
35—39	85,6	85,4	85,0	84,7	97,2	96,8	96,6	96,4	73,4	73,2	72,6	72,2
40—44	85,8	85,7	85,7	85,5	97,4	96,9	96,7	96,5	73,8	73,9	74,0	73,8
45—49	84,4	84,5	84,7	84,7	96,5	95,9	95,7	95,6	71,7	72,7	73,0	73,2
50—54	79,1	80,2	80,5	81,0	93,4	92,4	92,3	92,2	64,5	67,5	68,6	69,3
55—59	65,3	65,6	65,7	65,8	82,1	83,0	83,4	83,9	48,6	48,2	47,9	48,0
60—64	27,1	27,6	29,2	30,7	39,6	38,2	39,7	40,9	15,9	17,4	19,1	20,9
65+	4,6	4,2	4,2	4,3	7,3	6,0	6,0	6,1	3,1	2,9	2,8	2,7
gesamt . . .	51,1	49,7	49,4	49,4	61,2	58,8	58,1	57,9	41,7	40,9	41,0	41,1

65+ bezogen auf die 65—74jährigen

Erwerbsquoten am Jahresende, alte Bundesländer, insgesamt

Alter	1. Grundzahlen in 1 000											
	gesamt				männlich				weiblich			
	1991	2000	2005	2010	1991	2000	2005	2010	1991	2000	2005	2010
15—19	40,3	40,2	40,2	40,3	43,2	41,8	41,8	41,7	37,2	38,5	38,6	38,6
20—24	77,5	78,8	79,1	79,2	79,7	80,2	80,1	80,0	75,2	77,4	77,9	78,3
25—29	79,7	79,5	79,9	80,2	87,0	86,5	86,5	86,5	71,8	72,0	72,6	73,3
30—34	81,8	83,2	83,5	84,1	95,8	95,8	95,6	95,4	67,0	69,7	70,6	71,9
35—39	83,0	84,5	84,6	84,7	97,1	96,9	96,6	96,4	68,3	71,2	71,7	72,1
40—44	83,8	85,0	85,4	85,4	97,3	96,9	96,7	96,5	69,6	72,1	73,1	73,5
45—49	81,9	83,7	84,3	84,7	96,3	96,0	95,8	95,6	66,8	70,9	72,1	73,1
50—54	76,1	79,4	80,1	81,0	92,9	92,3	92,3	92,2	58,7	66,1	67,6	69,2
55—59	62,1	64,0	65,0	65,9	80,5	82,1	83,0	83,9	43,5	45,4	46,8	48,0
60—64	23,2	26,6	28,9	30,9	34,9	37,9	39,7	41,0	12,4	15,5	18,3	21,1
65+	4,2	4,1	4,2	4,3	6,4	5,9	6,0	6,2	2,8	2,7	2,7	2,7
gesamt . . .	49,6	48,9	48,7	49,2	60,7	58,4	57,5	57,5	39,2	39,6	40,1	40,9

65+ bezogen auf die 65—74jährigen

Erwerbsquoten am Jahresende, neue Bundesländer, insgesamt

Alter	1. Grundzahlen in 1 000											
	gesamt				männlich				weiblich			
	1991	2000	2005	2010	1991	2000	2005	2010	1991	2000	2005	2010
15—19	50,2	37,0	38,8	40,4	51,5	37,6	39,8	41,9	48,8	36,4	37,7	38,8
20—24	88,3	82,6	81,2	79,8	90,9	84,1	82,1	80,0	85,6	81,0	80,3	79,6
25—29	94,4	86,3	83,2	80,0	96,9	90,6	88,7	86,8	91,9	81,9	77,5	72,9
30—34	95,2	88,9	86,2	83,3	97,6	95,6	95,5	95,5	92,6	81,9	76,3	70,7
35—39	95,3	89,9	87,3	84,8	97,7	96,5	96,5	96,5	92,8	82,9	77,8	72,5
40—44	95,1	89,4	87,6	85,7	97,7	96,5	96,5	96,5	92,4	82,0	78,3	74,6
45—49	94,7	87,9	86,3	84,7	97,5	95,5	95,5	95,5	91,8	80,0	76,9	73,7
50—54	91,4	84,0	82,5	80,9	95,5	93,0	92,5	92,1	37,4	75,0	72,5	69,8
55—59	78,1	73,1	69,5	65,7	89,0	87,0	85,5	84,0	57,7	60,1	54,0	48,0
60—64	43,2	31,8	30,7	29,7	59,8	39,2	39,7	40,1	29,7	25,1	22,6	20,1
65+	6,8	4,8	4,4	4,0	11,7	6,2	5,9	5,8	4,3	3,8	3,2	2,6
gesamt . . .	57,3	53,7	52,9	50,8	63,4	60,9	60,9	59,9	51,7	47,0	45,4	42,2

65+ bezogen auf die 65—74jährigen

**Sektorale Produktions- und Beschäftigungsentwicklung in Gesamtdeutschland
(Prognos 1993, 180)**

Bruttoinlandsprodukt	1991	1992	2000	2010	1991 bis 2000	2000 bis 2010	1991	2000	2010
	Absolut in 1991er Preisen (Mrd. DM)				Veränderung in % p. a.		Struktur in %		
Land-, Forstwirtschaft, Fischerei	35	37	43	46	2,3	0,6	1,3	1,3	1,1
Warenproduzierendes Gewerbe	1 053	1 057	1 277	1 517	2,2	1,7	38,7	37,2	34,8
Energie-, Wasserversorgung	78		87	94	1,2	0,8	2,9	2,5	2,2
Bergbau	15		11	10	-3,3	-1,2	0,6	0,3	0,2
Verarbeitendes Gewerbe	798		976	1 176	2,3	1,9	29,3	28,5	26,9
Baugewerbe	163		204	237	2,5	1,5	6,0	5,9	5,4
Handel, Verkehr, Nachrichtenübermittlung	408	411	490	599	2,1	2,0	15,0	14,3	13,7
Handel	254		289	354	1,4	2,1	9,4	8,4	8,1
Verkehr, Nachrichtenübermittlung ...	154		201	245	3,0	2,0	5,6	5,9	5,6
Dienstleistungen	841	881	1 189	1 674	3,9	3,5	30,9	34,7	38,4
davon: Wohnungsvermietung	182		221	287	2,2	2,7	6,7	6,4	6,6
Staat, O. o. E., Haushalte	382	388	430	526	1,3	2,0	14,0	12,5	12,1
Unbereinigte Bruttowertschöpfung	2 719	2 774	3 430	4 363	2,6	2,4	100,0	100,0	100,0
Bruttoinlandsprodukt	2 799	2 850	3 528	4 487	2,6	2,4	102,9	102,9	102,9
Bruttoinlandsprodukt	Absolut in jeweiligen Preisen (Mrd. DM)				Veränderung in % p. a.		Struktur in %		
Land-, Forstwirtschaft, Fischerei	35	37	46	64	3,0	3,4	1,3	1,0	0,8
Warenproduzierendes Gewerbe	1 053	1 101	1 718	2 795	5,6	5,0	38,7	36,2	32,9
Energie-, Wasserversorgung	78		117	180	4,6	4,4	2,9	2,5	2,1
Bergbau	15		13	15	-1,5	1,3	0,6	0,3	0,2
Verarbeitendes Gewerbe	798		1 288	2 109	5,5	5,1	29,3	27,1	24,8
Baugewerbe	163		300	491	7,0	5,1	6,0	6,3	5,8
Handel, Verkehr, Nachrichtenübermittlung	408	421	666	1 122	5,6	5,4	15,0	14,0	13,2
Handel	254		389	653	4,8	5,3	9,4	8,2	7,7
Verkehr, Nachrichtenübermittlung ...	154		277	469	6,8	5,4	5,6	5,8	5,5
Dienstleistungen	841	947	1 671	3 306	7,9	7,1	30,9	35,2	38,9
davon: Wohnungsvermietung	182		343	595	7,3	5,7	6,7	7,2	7,0
Staat, O. o. E., Haushalte	382	418	651	1 205	6,1	6,4	14,0	13,7	14,2
Unbereinigte Bruttowertschöpfung	2 719	2 924	4 753	8 492	6,4	6,0	100,0	100,0	100,0
Bruttoinlandsprodukt	2 799	3 004	4 990	8 982	6,6	6,1	102,9	105,0	105,8
Bruttoinlandsprodukt	Absolut in 1 000				Veränderung in % p. a.		Struktur in %		
Land-, Forstwirtschaft, Fischerei	1 393	1 269	932	762	-4,4	-2,0	3,8	2,7	2,1
Warenproduzierendes Gewerbe	14 202	13 223	12 663	12 097	-1,3	-0,5	39,0	36,3	33,8
Energie-, Wasserversorgung	372		332	300	-1,3	-1,0	1,0	1,0	0,8
Bergbau	301		156	115	-7,0	-3,0	0,8	0,4	0,3
Verarbeitendes Gewerbe	10 988		9 598	9 168	-1,5	-0,5	30,2	27,5	25,6
Baugewerbe	2 541		2 576	2 513	0,2	-0,2	7,0	7,4	7,0
Handel, Verkehr, Nachrichtenübermittlung	6 825	6 834	6 296	6 118	-0,9	-0,2	18,8	18,1	17,3
Handel	4 697		4 318	4 249	-0,9	-0,2	12,9	12,4	11,9
Verkehr, Nachrichtenübermittlung ...	2 128		1 978	1 939	-0,8	-0,2	5,8	5,7	5,4
Dienstleistungen	6 288	6 597	7 566	8 656	2,1	1,4	17,3	21,7	24,2
Staat, O. o. E., Haushalte	7 274	7 321	7 412	8 125	0,2	0,9	20,0	21,3	22,7
Alle Wirtschaftsbereiche (im Inland)	36 398	35 840	34 868	35 828	-0,5	0,3	100,0	100,0	100,0
Erwerbstätige Inländer	36 458	35 860	34 863	35 793	-0,5	0,3	100,2	100,0	99,9

4 Materielle Situation

4.0 Vorbemerkung (Abgrenzung der behandelten Fragestellung, verwendetes statistisches Material)

Alte Menschen beziehen Einkommen aus einer Reihe unterschiedlicher Quellen. Ein erheblicher Teil der Alterseinkünfte stammt aus den verschiedenen Alterssicherungssystemen. Hinzu kommen Einkünfte aus der individuellen privaten Vorsorge — insbesondere in Form von Lebensversicherungen und sonstigen Vermögenseinkünften (z. B. aus Vermietung und Verpachtung) — sowie Erwerbseinkommen.

Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich auf die Analyse der Einkommenslage ehemals abhängig Beschäftigter und ihrer Angehörigen. Berücksichtigung finden die vier für abhängig Beschäftigte quantitativ besonders wichtigen Alterssicherungssysteme, die gesetzliche Rentenversicherung, die Beamtenversorgung, die betriebliche Altersversorgung und die Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes. Die Einkommenslage von Selbständigen und Angehörigen bestimmter Sondersysteme (Landwirtschaft, freie Berufe) wird nicht analysiert.

Die hier berücksichtigten Systeme sind in unterschiedlichem Ausmaß dokumentiert und statistisch erfaßt (vgl. Schmähl, 1991). Für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung gibt es eine Fülle von statistischen Informationen, dies nicht zuletzt deshalb, weil dieses System stets im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Analyse und der politischen Diskussion stand und steht. Bei den übrigen hier berücksichtigten Systemen bestehen dagegen z. T. erhebliche Datenlücken. Bis heute gibt es für diese Systeme lediglich Querschnittsdaten, jedoch keinerlei Längsschnittinformationen, obwohl z. B. die Transfer-Enquete-Kommission und die Kommission „Alterssicherungssysteme“ auf diese schlechte Datenlage bereits Anfang der achtziger Jahre hingewiesen und eine Verbesserung angeregt haben.

Empirische Informationen zur Beamtenversorgung und zur Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst sind nach wie vor selten. Es fehlen insbesondere Informationen zur personellen Verteilung von Leistungen und Anwartschaften.

Für die unternehmensbezogene Darstellung der Anwartschaften in der betrieblichen Altersversorgung der Privatwirtschaft sind die Ergebnisse der neuesten, 1993 durchgeführten Untersuchung des IFO-Instituts bereits verfügbar (vgl. Ifo-Institut, 1993;

Beyer, 1994)¹). Die Ergebnisse der nach 1973 und 1976 nunmehr dritten amtlichen Erhebung wichtiger Strukturinformationen zur betrieblichen Altersversorgung für das Jahr 1990 liegen noch nicht vor²).

An Verteilungsinformationen mangelt es auch hinsichtlich der Einkommen aus Vermögen. Die Ausführungen hierzu können sich im wesentlichen nur auf Ergebnisse der Einkommens- und Vermögensstichprobe (EVS) stützen.

Allerdings hat sich die Datenlage seit Mitte der 80er Jahre verbessert. Hervorzuheben ist hier insbesondere die Untersuchung von Infratest Sozialforschung „Alterssicherung in Deutschland 1986“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1992a-c). Diese repräsentative Stichprobe erlaubt eine umfassende Darstellung der Einkommens- und Lebenssituation älterer Menschen. Sie schließt eine bisher bestehende Lücke zwischen den detaillierten fall- und leistungsartenbezogenen Auswertungen der Daten der Rentenversicherungsträger und den repräsentativen, aber zwangsläufig nicht so stark differenzierten Erhebungen für den gesamten Bevölkerungsquerschnitt (EVS, Mikrozensus).

Zur Beschreibung des Ist-Zustandes werden hier ausschließlich Sekundäranalysen bereits vorhandener und veröffentlichter Erhebungen oder Auswertungen herangezogen. Hinweise auf fehlende Daten und auf den weiteren Erhebungs- und Auswertungsbedarf sind sowohl im Kapitel zur Ist-Analyse als auch bei den Ausführungen zu den Einflußfaktoren und den Handlungsoptionen enthalten. Die Ist-Analyse beschränkt sich auf die materielle Situation heute bereits alter Menschen. Ausgehend von statistischen Angaben zur Anzahl alter Menschen sowie der Haushalts- und Altersstruktur werden Erfassungsgrad und Leistungen in den ausgewählten Alterssicherungssystemen für abhängig Beschäftigte untersucht. Es werden Kumulationen von Ansprüchen aufgezeigt und unzu-

¹) Die IFO-Erhebung beschränkt sich auf Unternehmen der Wirtschaftsbereiche Industrie (ab 20 Beschäftigte) und Handel (ab 3 Beschäftigte) und ihr Informationsgehalt ist für Einkommensanalysen sehr begrenzt. So fehlt eine Differenzierung nach Merkmalen der Beschäftigten wie z. B. beruflichem Status, Einkommenshöhe, Geschlecht, Teil- oder Vollzeittätigkeit. Auf das Jahr 1988 bezogene detaillierte Informationen für alle Branchen liefert eine Untersuchung für das Bundesland Bayern auf der Basis einer Befragung von knapp 1 000 Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten (vgl. Ahrend et al., 1990).

²) Es ist zu vermuten, daß sich das aktuelle Bild von den Ergebnissen der 73er und 76er Erhebung (vgl. Ahrend und Dorow, 1978, Berié 1978, Kaukewitsch, 1978) deutlich unterscheiden wird, da sich wegen des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG), der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts insbesondere zur Anpassung, wegen Steuerrechtsänderungen und wegen des Rentenreformgesetzes 92 (RRG 92) erhebliche Strukturveränderungen vollzogen haben dürften.

reichend gesicherte Personengruppen identifiziert. Dabei stützt sich die Darstellung vorwiegend auf die Erhebung ASID '86 und die Einkommens- und Verbrauchsstichproben von 1978 und 1983. Informationen zur Vermögenslage und zu den Rentnern in den neuen Bundesländern sowie Zuwanderern runden die Ist-Analyse ab. Die letztgenannten Aspekte bzw. Gruppen werden in der ASID-Untersuchung nicht behandelt, auch nicht in der Expertise von Lang (vgl. Lang, 1994).

Im Anschluß an die Ist-Analyse werden die wichtigen Einflußfaktoren, die die zukünftige Entwicklung der Einkommenslage alter Menschen prägen, diskutiert. Unter den Einflußfaktoren ist zunächst die demographische Entwicklung selbst kurz zu skizzieren. Alle anderen Einflußfaktoren werden unter Berücksichtigung des demographischen Wandels analysiert bzw. leiten sich unmittelbar aus diesem ab. Die materielle Situation im Alter wird maßgeblich geprägt durch das Erwerbsleben, d. h. durch die Erwerbsfähigkeit, die Erwerbsbereitschaft und die Erwerbsmöglichkeiten (die tatsächliche Erwerbsbeteiligung und die Höhe des Erwerbseinkommens) sowie durch die Einkommensverwendungsentscheidungen der Individuen bzw. Haushalte. Entscheidend sind die Entwicklung von Leistungsniveau und -struktur in den verschiedenen Alterssicherungssystemen und in die Realverzinsung den verschiedenen Formen der privaten (individuellen) Vorsorge.

Angesichts der Komplexität der Zusammenhänge wie auch des Auftrages an die Kommission ist die Konzentration auf (unmittelbare) Bezüge zum demographischen Wandel erforderlich und die Beschränkung auf einige ausgewählte Aspekte. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels werden daher nur einige ausgewählte Wirkungen der Arbeitsmarktentwicklung berücksichtigt, die im voranstehenden Kapitel näher behandelt wurden, insbesondere die Entwicklung der Frauen- und der Teilzeiterwerbstätigkeit sowie der Übergang in den Ruhestand (Vorruhestand in den neuen Bundesländern). Die zentrale Bedeutung der Arbeitsmarktlage für die Entwicklung der materiellen Situation zeigt sich in den neuen Bundesländern besonders deutlich. Zuwanderung wird einerseits als eine Option zur Begrenzung des demographisch bedingten Belastungsanstiegs insbesondere im Bereich sozialer Sicherung analysiert, andererseits wird die Frage nach der Einkommenslage von Zuwanderern im Alter gestellt. Als weitere Einflußfaktoren werden die Entwicklung der Vermögen privater Haushalte, der Gesundheit³⁾ sowie der Haushaltsstrukturen untersucht. Im Hinblick auf die materielle Situation im Alter wird dabei explizit auf Kohorteneffekte hingewiesen.

Die Ergebnisse der Ist-Analyse und der Analyse wichtiger Einflußfaktoren werden im Hinblick auf die zentralen Sicherungsziele Armutsvermeidung und Aufrechterhalten der relativen Einkommensposition im Alter („Lebensstandardsicherung“) ausgewertet.

³⁾ Die Gesundheit wird nur insoweit angesprochen, als Auswirkungen auf die materielle Situation im Alter mit ihr verbunden sind.

Handlungsbedarf und Optionen können hier allenfalls stichwortartig behandelt werden. Die Erarbeitung konkreter institutioneller Lösungsvorschläge ist nicht Gegenstand dieses Zwischenberichts, auch nicht ein systematischer und umfassender Überblick über die zahlreichen, gegenwärtig diskutierten Reformmodelle und Einzelmaßnahmen. Vielmehr konzentriert der Berichtsteil hier auf die beiden genannten Sicherungsziele, wobei zunächst verschiedene Ansatzpunkte im Hinblick auf das Ziel der Armutsvermeidung erörtert werden und anschließend, bezogen auf die „Lebensstandardsicherung“, die Frage nach der geeigneten Zusammensetzung des Alterseinkommens aus verschiedenen Quellen gestellt wird.

4.1 Gegenwärtige Lage (Lageanalyse)

Um eine Situation beurteilen zu können, benötigt man einen Maßstab, an dem man die Bewertung ausrichtet, denn absolute Größen allein sind nicht sonderlich aussagekräftig. Aus diesem Grunde sei auf einige Punkte hingewiesen, die bei der Interpretation der folgenden Statistiken zu beachten sind. So sind die Daten nicht nur für die Gesamtheit der „alten Menschen“ zu betrachten, wie es beispielsweise in der Untersuchung ASID,86 oder auch in der Analyse von Lang geschieht, sondern wesentlich ist auch die „Position“ alter Menschen im Rahmen der Gesamtverteilung der Einkommen. D. h., es muß auch ein Vergleich zu den Erwerbstätigen gezogen werden, und dies nicht nur zu einem Zeitpunkt, sondern auch die Entwicklung betreffend.

Aber nicht nur die personelle Verteilung im Quer- und Längsschnitt ist wichtig, es muß auch die Veränderung der individuellen Situation betrachtet werden. So mag zwar die materielle Situation eines Ehepaares im Alter als zufriedenstellend bewertet werden. Wie ist es aber, wenn einer der Partner stirbt? Ist die Situation der Witwe oder des Witwers dann immer noch zufriedenstellend? Wie ist es mit dem Übergang von der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand? Die materielle Ausstattung im Ruhestand mag im Vergleich zu den anderen Ruheständlern zwar als gut bezeichnet werden. Wie ist sie aber im Vergleich zur eigenen Situation kurz vor dem Ausscheiden? Eine Beurteilung der materiellen Situation im Alter hat somit vielfältige Aspekte zu berücksichtigen, die hier in ihrer Komplexität nicht vollständig zu erfassen und abzubilden sind. Die kurzen Ausführungen sollen aber darauf hinweisen, daß die im folgenden dargestellten Statistiken vorsichtig zu interpretieren sind und eine Situation u. U. je nach der eingenommenen Perspektive als gut oder schlecht bewertet werden kann.

Bevor im folgenden auf die finanzielle Lage der Älteren eingegangen wird, ist es notwendig, einige demographische Angaben über die Anzahl der abgesehenen Personen und Haushalte sowie den Erfassungsgrad anzugeben, um u. a. die Bedeutung der einzelnen Alterssicherungssysteme im Gesamtsystem beurteilen zu können.

4.1.1 Demographische Angaben

Am 31. Dezember 1985⁴⁾ waren insgesamt 16 531 000 Personen (6 572 000 Männer und 9 959 000 Frauen) 55 Jahre und älter. Die Tabelle 46 zeigt, wie sie sich auf die Haushaltstypen verteilen. Die quantitativ dominierenden Haushaltstypen sind die Gruppe der Ehepaare und die der Witwen. Bei den Einpersonenhaushalten handelt es sich überwiegend um Witwen und Witwer⁵⁾ (vgl. Bundesministerium für Arbeit und

4) Der 31. Dezember 1985 ist der Stichtag der Hochrechnung der Alterssicherungserhebung von Infratest Sozialforschung. Die Angaben beziehen sich auf die Zielgruppe der Auswertungen zur Erhebung ASID '86.

5) Dies drückt sich insbesondere auch in der Altersverteilung aus. So ist der Haushaltstyp Witwe oder Witwer in den hohen Altersgruppen vorherrschend. Während in der Altersgruppe 65- bis unter 75jährig noch etwa 43 v. H. Frauen verheiratet und 44 v. H. verwitwet sind, liegt in der Gruppe der über 84jährigen der Anteil verwitweter Frauen bei 80 v. H. und der der verheirateten bei 6 v. H.

Sozialordnung, 1992b, 40). Die Tabelle zeigt darüber hinaus, daß der Haushaltstyp keine Aussagen über die Haushaltsgröße zuläßt: Alleinstehend bedeutet nämlich nicht alleinlebend. So leben die alleinstehenden Frauen zu etwa 28 v. H. nicht alleine in einem Haushalt, bei den alleinstehenden Männer sind dies 41 v. H.⁶⁾ (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992b, Tabelle 1-1-1-1).

Neben den Informationen über die Aufteilung der Personen auf die einzelnen Haushaltstypen und -größen sind Angaben über die Altersstruktur zur Charakterisierung der Teilgesamtheit alter Menschen wichtig. Differenziert man die Frauen und Männer, beginnend mit dem 55. Lebensjahr, in Zehnjahresgruppen, so stellt sich die Altersverteilung wie folgt dar (siehe Tabelle 47).

6) Von den alleinstehenden Frauen und Männern leben jeweils etwa 4 v. H. in Anstalten.

Tabelle 46

Angaben zu Haushaltstyp und Haushaltsgröße

Haushaltstyp	Anzahl		Aufteilung nach Haushaltsgröße in v. H. ¹⁾			
	absolut in Tsd.	in v. H.	1-Pers.- Haushalt	2-Pers.- Haushalt	3- und Mehr- Personen- Haushalt	Anstalts- bewohner
Ehepaare	5 337	100,0	—	70,2	28,6	0,3
alleinstehende Frauen	5 617	100,0	71,5	12,2	9	3,5
darunter:						
verwitwet	4 295	76,5	55,1	8,3	7,3	2,8
ledig	899	16,0	5,7	1,1	0,5	0,2
geschieden	423	7,5	10,7	2,8	1,2	0,5
sonstige ²⁾	0	0,0	0	0	0	0
alleinstehende Männer	1 235	100,0	59	18,5	12,7	3,9
darunter:						
verwitwet	709	57,4	34,8	8,3	8,6	2,4
ledig	279	22,6	10	2,4	1	0,5
geschieden	181	14,7	11,2	6,5	2,4	0,8
sonstige ²⁾	66	5,3	3	1,3	0,7	0,2

¹⁾ Die v. H.-Angaben sind jeweils bezogen auf die Absolutwerte für Ehepaare, alleinstehende Frauen und alleinstehende Männer in Spalte 2. Die Spalte 2 enthält die Anzahl der Gesamtheit der beobachteten Analysegruppe einschließlich der Teilgruppe, die keine Angaben machte, so daß sich die Werte in den Spalten 4 bis 7 nicht zu 100 addieren.

²⁾ Hierzu gehören z. B. die getrennt lebenden, nicht geschiedenen Frauen und Männer.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1992b, Tabelle 1-1-1-1 sowie eigene Berechnungen.

Tabelle 47

Altersverteilung

Alter	Frauen		Männer		Männer/ Frauen
	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	
55 bis unter 65	3 561 000	35,8	3 181 000	48,4	89,3
65 bis unter 75	3 169 000	31,8	1 889 000	28,7	59,6
75 bis unter 85	2 545 000	25,6	1 263 000	19,2	49,6
85 und älter	684 000	6,9	238 000	3,6	34,8
Summe	9 959 000	100	6 572 000	100	66

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1990 a, Tabelle 1-1-1-0-1.

Die Tabelle 47 verdeutlicht das Übergewicht der Frauen in der Gruppe der alten Menschen und dokumentiert die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern. Während in der Gruppe der 55- bis unter 65jährigen das Verhältnis der Männer zu den Frauen noch 89,3 zu 100 beträgt, sinkt der Verhältniswert für die Gruppe 85 und älter auf 34,8 zu 100. In der Gruppe der 85jährigen und älteren ist somit nur jede vierte Person ein Mann.

4.1.2 Erfassungsgrad und Leistungen in ausgewählten Alterssicherungssystemen für abhängig Beschäftigte

4.1.2.1 Erfassungsgrad

Nachdem der Kreis der potentiell in den Alterssicherungssystemen der Bundesrepublik Deutschland ab-

gesicherten Personen beschrieben ist, soll im folgenden kurz der Erfassungsgrad der einzelnen Sicherungssysteme dargestellt werden. Denn zur Beurteilung der Alterssicherung ist es wichtig zu wissen, wie hoch die Beteiligung der potentiell abgesicherten Personen an den jeweiligen Systemen ist und wie sich die Beteiligung auf die Einzelsysteme aufteilt. Hierbei sind sowohl die Personen, für die eine eigene Anwartschaft besteht, als auch diejenigen, die eigene oder abgeleitete Leistungen aus den einzelnen Systemen erhalten, von Bedeutung. Die von Infratest Sozialforschung 1986 durchgeführte Untersuchung zur Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland hat gezeigt, daß der überwiegende Teil der Personen, die 55 Jahre oder älter sind, eigene oder abgeleitete Leistungen aus den Alterssicherungssystemen erhalten bzw. erwarten (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1990c, 79ff., insb. 86, Übersicht 3-3, diese Übersicht ist im Anhang auszugsweise wiedergegeben.) Einige grundlegende Angaben sind in der Tabelle 48 wiedergegeben:

Tabelle 48

Bevölkerung differenziert nach Geschlecht und unter Einbeziehung der Alterssicherungssysteme

Erwartete oder bezogene Alterseinkommen aus Alterssicherungssystemen	Frauen ab 55		Männer ab 55	
	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.
Gesetzliche Rentenversicherung	6 633 000	66,6	5 963 000	90,3
Beamtenversorgung	103 000	1	800 000	12,2
Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst	607 000	6,1	680 000	10,3
Betriebliche Altersversorgung	476 000	4,8	1 578 000	24
Erwarten oder beziehen kein eigenes Alterseinkommen	3 174 000	31,9	82 000	0

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1990f, Übersicht 3—3,86 und eigene Berechnungen.

Aus der Tabelle 48 geht hervor, daß der Erfassungsgrad in der gesetzlichen Rentenversicherung besonders hoch ist: 90,3 v. H. der Männer vom 55. Lebensjahr an und 66,6 v. H. der Frauen vom 55. Lebensjahr an beziehen oder erwarten eine eigene Rente. Der Kreis der durch die Beamtenversorgung abgesicherten Personen ist entsprechend dem Anteil der Beamten an den Erwerbstätigen vergleichsweise gering: etwa 12,2 v. H. aller Männer vom 55. Lebensjahr an und etwa 1,0 v. H. aller Frauen vom 55. Lebensjahr an erhalten oder erwarten eine eigene Pension⁸⁾.

Die Gruppe der Personen, die eine betriebliche Altersversorgung erhalten, ist sehr heterogen. So werden in der obigen Tabelle auch die Personen ausgewiesen, die beispielsweise als Selbständige oder mithelfende Familienangehörige eine Betriebsrente erhalten. Dieser Personenkreis umfaßt 87 000 Männer und 29 000 Frauen. Eine derartige Leistung hat in der Regel nicht den „Charakter einer Zusatzversorgung, sondern stellt ggf. die Regel- oder zumindest Hauptsicherung dar.“ (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992c, 61). Bereinigt man die Angaben in der Tabelle um diese Gruppen, so zeigt sich, daß von den nicht mehr erwerbstätigen Arbeitern und Angestellten der Privatwirtschaft (ohne Bergbau) 1.041 000 eine eigene Rente und eine eigene betriebliche Altersversorgung haben. Dies sind etwa 16 v. H. aller Männer. Dagegen erhalten 359 000 Frauen eine eigene betriebliche Rente in der Privatwirtschaft. Dies sind nur 4 v. H. aller Frauen (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992c, 63). Eine abgeleitete Rente aus der betrieblichen Altersversorgung erhalten 393 000 Frauen.

Eine Sonderstellung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung nimmt die Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst ein. Sie trägt, in Anlehnung an die Beamtenversorgung, mit zu der Gesamtversorgung der Arbeiter und Angestellten im öffentlichen Dienst bei: 607 000 Frauen und 680 000 Männer ab 55 Jahren erhalten oder erwarten eine eigene Leistung aus der Zusatzversorgung und 225 000 Frauen vom 55. Lebensjahr an erhalten eine abgeleitete Rente.

3 256 000 Personen vom 55. Lebensjahr an erwarten oder erhalten 1986 kein eigenes Alterseinkommen aus einem Regelsystem oder einem betrieblichen Alterssicherungssystem, d. h. ein Fünftel der hier erfaßten Personen sind auf abgeleitete Ansprüche angewiesen (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992c, 86, Übersicht 3-3). Von diesen sind wiederum 1 356 000 Personen verheiratet, so daß im Falle des Todes ihres Ehepartners diese Personen zu einem Großteil eine Witwen- oder auch Witwerrente erhalten werden⁹⁾. Außerdem beziehen 1 672 000 Witwen bereits eine abgeleitete Rente. Subtrahiert man diese beiden Untergruppen von der Gesamtgruppe aller Personen vom 55. Lebensjahr an, die kein eigenes Alterseinkommen erwarten, so zeigt

⁸⁾ Allerdings erhalten etwa 540 000 Frauen, d. h. etwa 5,4 v. H., ein Witwengeld. Anzumerken ist hier, daß eine „Doppelversorgung“ nur sehr selten ist: „Weniger als 1 v. H. der Witwengeldbezieherinnen erhalten neben dem Witwengeld ein eigenes Ruhegehalt.“ (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992b, 59).

⁹⁾ So erhalten oder erwarten 99 v. H. der verheirateten Männer vom 55. Lebensjahr an ein eigenes Alterseinkommen.

sich, daß 228 000 Personen, d. h. etwa 1 v. H. der 55jährigen und älteren, nicht vom Netz der Alterssicherungssysteme der Bundesrepublik Deutschland erfaßt werden. Diese sind ausschließlich auf private Absicherung oder bei nicht ausreichender materieller Ausstattung auf die Sozialhilfe angewiesen, falls sie nicht Ansprüche beispielsweise an Alterssicherungssysteme anderer Länder haben.

4.1.2.2 Leistungen

Die Einkommenssituation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ist in den Bänden der ASID '86 ausführlich dargestellt¹⁰⁾ (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1993).

In der Tabelle 49 ist die Verteilung der monatlichen Nettogesamteinkommen nach Haushaltstyp gegliedert.

Bei den Angaben handelt es sich um nominale und nicht reale Werte, was den Vergleich der Einkommensverteilungen der zwei Zeitpunkte erschwert.

Aufgrund der ausführlichen Darstellung der Einkommenssituation in den Bänden der ASID '86 wird im folgenden nur kurz auf einige wesentliche Aspekte eingegangen, die für die materielle Situation im Alter von besonderer Bedeutung sind und bei einer Beurteilung des Gesamteinkommens berücksichtigt werden sollten. Dies betrifft zum einen die Lebenssituation von Personen, ob sie alleine oder mit anderen Personen zusammenleben (es somit zu einer Kumulation von Einkommen verschiedener Personen in einem Haushalt kommt), und zum anderen die Kumulation von eigenen Einkommen — sei es durch das Zusammentreffen eigener und abgeleiteter Ansprüche an ein Alterssicherungssystem, sei es durch die Ergänzung der Leistungen des Regelsystems durch die betriebliche Alterssicherung. Im folgenden wird die materielle Situation zunächst für den Haushaltstyp dargestellt, bevor auf die Kumulation von Einkommen auf der Personenebene eingegangen wird.

Für alle Haushaltstypen zeigt sich in beiden Jahren das typische Bild einer Einkommensverteilung: Der untere bis mittlere Einkommensbereich ist am dichtesten besetzt. Allerdings fällt diese ungleichmäßige Verteilung der Einkommen für die Haushaltstypen unterschiedlich stark aus. Grundsätzlich zeigt sich aber eine Abnahme der Prozentzahlen in den untersten und eine Zunahme in den mittleren Bereichen der Einkommensverteilung von 1986 auf 1989 im Zuge der Fortschreibung. Die Konzentration der nominalen Nettogesamteinkommen ist somit für alle Haushaltstypen geringer geworden.

Das Nettogesamteinkommen verteilt sich noch am gleichmäßigsten über die einzelnen Größenklassen bei dem Haushaltstyp „Ehepaare“. Demgegenüber weist die Verteilung der Nettogesamteinkommen bei den ledigen und geschiedenen Frauen die stärkste

¹⁰⁾ Die Ergebnisse der Erhebung ASID '86 sind mittels eines mikroanalytischen Simulationsmodells für die Jahre 1987 und 1989 fortgeschrieben worden.

**Die Schichtung des Nettogesamteinkommens
von Ehepaaren und Alleinstehenden nach dem Haushaltstyp —
Ergebnisse der ASID '86 und deren Fortschreibung für 1989**

Größenklasse	Ehepaare ¹⁾		Alleinstehende Männer ²⁾		Alleinstehende Frauen			
					Ledige/Geschiedene ³⁾		Witwen ⁴⁾	
	1986	1989	1986	1989	1986	1989	1986	1989
unter 500	0	0	4	3	8	7	3	1
500 bis unter 750	1	1	5	3	11	8	7	4
750 bis unter 1 000	2	1	8	6	18	15	12	9
1 000 bis unter 1 500	10	7	21	19	29	31	38	32
1 500 bis unter 2 000	20	16	26	24	16	15	23	29
2 000 bis unter 2 500	23	22	17	20	8	11	10	14
2 500 bis unter 3 000	17	19	9	10	5	5	4	5
3 000 bis unter 3 500	10	12	5	6	3	5	1	2
3 500 bis unter 4 000	6	8	3	3	1	2	1	1
4 000 bis unter 5 000	6	8	2	3	0	1	1	1
5 000 bis unter 7 500	4	5	1	1	—	0	0	1
7 500 bis unter 10 000	1	1	0	0	—	—	—	0
10 000 und mehr	1	1	0	0	—	—	0	0
Summe	100	101	101	98	99	100	100	99
durchschnittlicher Betrag je Haushalt	2 653	2 895	1 884	2 025	1 356	1 470	1 496	1 651
1986 = 100		109,1		107,5		108,4		110,4

¹⁾ Ehepaare mit Ehemann ab 55 im Ruhestand bzw. ab 65 Jahre insgesamt.

²⁾ Alleinstehende Männer ab 55 im Ruhestand bzw. ab 65 Jahre insgesamt.

³⁾ Ledige und geschiedene Frauen ab 55 im Ruhestand bzw. ab 65 Jahre insgesamt.

⁴⁾ Witwen ab 55 im Ruhestand bzw. ab 65 Jahre insgesamt.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, (1993), S. 78, Tabelle 4—8.

Besetzung der untersten Klassen auf. Diese Gruppe ist allerdings sehr heterogen. Eine weitere Differenzierung in ledige und geschiedene Frauen wäre notwendig, da die (Erwerbs-) Biographien dieser beiden Frauengruppen unterschiedlich sein dürften und geschiedene Frauen im Alter sowohl über eigene als auch über abgeleitete Ansprüche verfügen könnten. Allerdings ist zu beachten, daß geschiedene Frauen eventuell durch die Familiensituation nicht genügend Ansprüche aus Alterssicherungssystemen, selbst oder im Zuge des Versorgungsausgleichs, erwerben konnten und auch über abgeleitete Ansprüche in der Regel keine hohe Absicherung erreichen¹¹⁾. Die Betrachtung des Nettogesamteinkommens bezogen auf Per-

¹¹⁾ Einige Hinweise hierzu sind in Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992a, Tabelle 1-2-1-2-2, enthalten. Es zeigt sich, daß die geschiedenen Frauen vom 55. Lebensjahr an über eine deutlich geringere abgeleitete Regel- und Zusatzsicherung verfügen als die verwitweten Frauen. Die ledigen Frauen haben demgegenüber zwar keine abgeleiteten Ansprüche, im Durchschnitt verfügen sie aber über eine etwa gleich hohe Regel- und Zusatzsicherung wie die verwitweten Frauen. Die Gruppe der ledigen und geschiedenen Frauen ist in sich nach diesen beiden Status zweigeteilt. Leider ist in den Veröffentlichungen der Erhebung ASID '86 keine Schichtung nach diesen beiden Kriterien enthalten.

sonen zeigt denn auch, daß die Verteilungen für die beiden Gruppen Unterschiede aufweisen: 17 v. H. der geschiedenen Frauen erhalten beispielsweise ein Einkommen von 2 000,— DM und mehr, während von den ledigen Frauen 25 v. H. über Einkommen verfügen, die oberhalb dieser Grenze liegen¹²⁾ (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992a, Tabelle 2-2-3-2-1).

Bei der Interpretation der Daten, bei denen es sich um Haushaltseinkommen handelt, ist zu berücksichtigen, daß Haushalte unterschiedlich groß sein können (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992b, Tabelle 1-1-1-1). So setzt sich das Einkommen bei den Ehepaaren aus den gemeinsamen Einkünften der Ehepartner zusammen, während bei den alleinstehenden Personen nur deren Einkünfte und nicht die der eventuell vorhandenen anderen Haushaltsmitglieder berücksichtigt wurden. Direkt vergleichbar wären somit nur die Einkommen der Alleinstehenden.

¹²⁾ Diese Angaben sind nicht unmittelbar mit denen in der Tabelle (Einkvert_HH_Typ) vergleichbar, da hier alle Frauen vom 55. Lebensjahr an die Teilgesamtheit bilden. Diese umfaßt 4 295 000 verwitwete Frauen, während die andere Teilgesamtheit aus 4 151 000 Witwen ab 55 im Ruhestand bzw. ab 65 Jahre insgesamt besteht.

Allerdings lebt auch von diesen ein Teil in Mehrpersonenhaushalten, in denen ebenfalls mehr als eine Person ein Einkommen bezieht. Es müßte eine Äquivalenzskala (Umrechnungstabelle) benutzt werden, um die hierdurch bedingten Effekte zu berücksichtigen und die finanzielle Situation des einzelnen besser vergleichen zu können.

Bei den der Tabelle 49 zugrunde liegenden Einkommen handelt es sich um das Gesamteinkommen des jeweiligen Haushaltstyps, das sich u. U. aus der Kumulation von Einkommen aus verschiedenen Alterssicherungssystemen ergibt. Um Problemgruppen zu identifizieren, ist es notwendig, eine detaillierte Analyse durchzuführen, in der die Kumulationen von Einkünften aufgeschlüsselt wird.

Die Haushaltseinkommen setzen sich aus verschiedenen Quellen zusammen. Eine grobe Aufgliederung ergibt sich, wenn die Einkunftsarten nach der Regularisierung bzw. primären Einkunftsquelle und nach den zusätzlichen Einkunftsquellen aufgeteilt werden. Schwierigkeiten bei der Interpretation ergeben sich allerdings durch die unterschiedliche Ausgestaltung der jeweiligen primären Einkunftsquelle hinsichtlich der Zielsetzung. Wie eingangs dargelegt, ist eine Beurteilung der materiellen Situation nur im Vergleich zu einer Bezugsgröße möglich. Dies kann z. B. die materielle Situation vor dem Eintritt in den Ruhe-

stand bzw. dem Bezug einer Altersrente sein¹³⁾ — bezogen auf das Einkommen des Individuums oder des Haushalts der Bezugsperson —, es kann aber auch eine Relation zu den Einkommen von Erwerbstätigen gebildet werden.

Anhand der ASID '86 ist kein derartiger intertemporaler Vergleich möglich, da es sich um eine zeitpunktbezogene Erhebung handelt, in der nicht nach der materiellen Situation vor dem Bezug einer Altersrente gefragt wurde. Aber auch ein Vergleich mit den Einkommen der Erwerbstätigen ist nur bedingt möglich, da der Erhebung ein spezifisches Einkommenskonzept zugrunde liegt (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992a, B-11 ff). Aus diesem Grunde wird die materielle Situation auf der Grundlage der in der Expertise von Lang aufgeführten Auswertungen der Einkommens- und Verbrauchsstichproben der Jahre 1978 und 1983 dargestellt¹⁴⁾.

¹³⁾ Die Art der Relation zur Beurteilung der materiellen Situation im Alter bezeichnet man auch als Absicherungs-niveau.

¹⁴⁾ Die in dieser Expertise vorgelegten Auswertungen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Jahres 1988 werden hier nicht herangezogen, da lediglich eine Teilgesamtheit von 20 v. H. der Gesamtstichprobe ausgewertet wird und die Ergebnisse somit nicht repräsentativ sind.

Tabelle 50

Ergebnisse der Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Jahres 1978

	Alleinstehende Frauen							
	Ländliche Region				Großstadt			
	jünger als 75 Jahre		75 Jahre und älter		jünger als 75 Jahre		75 Jahre und älter	
	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.
Bruttoghareiseinkommen	15 340,17	100	13 968,37	100	15 967,46	100	15 001,02	100
Erwerbseinkommen . .	940,35	6,13	495,88	3,55	626,71	3,92	558,04	3,72
gesetzliche Renten . . .	11 130,83	72,56	10 497,23	75,15	12 150,47	76,00	11 528,28	76,85
Zusatzrenten	541,51	3,53	331,05	2,37	911,29	5,70	669,05	4,46
öffentliche Transfers .	526,17	3,43	618,80	4,43	689,06	4,31	726,05	4,84
private Transfers	483,22	3,15	519,62	3,72	345,33	2,16	321,02	2,14
Einkommen aus Geldvermögen . . .	458,67	2,99	519,62	3,72	466,83	2,92	487,53	3,25
Einkommen aus Vermietung	1 257,89	8,20	987,56	7,07	797,77	4,99	712,55	4,75
Relative Position bezogen auf das Durchschnittsentgelt in ArV und AnV von 26 242 DM								
Bruttoghareiseinkommen	0,58		0,53		0,61		0,57	
Erwerbseinkommen . .	0,04		0,02		0,02		0,02	
gesetzliche Renten . . .	0,42		0,40		0,46		0,44	
Zusatzrenten	0,02		0,01		0,03		0,03	
öffentliche Transfers .	0,02		0,02		0,03		0,03	
private Transfers	0,02		0,02		0,01		0,01	
Einkommen aus Geldvermögen . . .	0,02		0,02		0,02		0,02	
Einkommen aus Vermietung	0,05		0,04		0,03		0,03	

noch Tabelle 50

	Ehepaare und Alleinstehende Männer				Erwerbstätige jünger als 63 Jahre		Einkommensquintile			
	Ländliche Region		Großstadt				1. Quintil		5. Quintil	
	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.
Bruttojahres- einkommen . .	27 791,72	100	28 756,23	100	48 079,42	100	8 871,46	100	45 766,65	100
Erwerbs- einkommen	3 251,63	11,70	2 657,08	9,24	41 463,69	86,24	108,23	1,22	7 739,14	16,91
gesetzliche Renten	19 042,89	68,52	21 127,20	73,47	2 144,34	4,46	6 612,79	74,54	28 411,94	62,08
Zusatz- renten	1 203,38	4,33	1 705,24	5,93	125,01	0,26	112,67	1,27	2 846,69	6,22
öffentliche Transfers . .	430,77	1,55	345,07	1,20	1 399,11	2,91	1 094,74	12,34	389,02	0,85
private Transfers . .	330,72	1,19	204,17	0,71	278,86	0,58	364,62	4,11	389,02	0,85
Einkommen aus Geld- vermögen .	908,79	3,27	1 000,72	3,48	721,19	1,5	207,59	2,34	1 775,75	3,88
Einkommen aus Vermie- tung	2 623,54	9,44	1 713,87	5,96	1 947,22	4,05	369,94	4,17	4 210,53	9,20
Relative Position bezogen auf das Durchschnittsentgelt in ArV und AnV von 26 242 DM										
Bruttojahres- einkommen . .	1,06		1,10		1,83		0,34		1,74	
Erwerbs- einkommen	0,12		0,10		1,58		0,00		0,29	
gesetzliche Renten	0,73		0,81		0,08		0,25		1,08	
Zusatz- renten	0,05		0,06		0,00		0,00		0,11	
öffentliche Transfers . .	0,02		0,01		0,05		0,04		0,01	
private Transfers . .	0,01		0,01		0,01		0,01		0,01	
Einkommen aus Geld- vermögen .	0,03		0,04		0,03		0,01		0,07	
Einkommen aus Vermie- tung	0,10		0,07		0,07		0,01		0,16	

Quelle: Zusammengestellt aus Lang, 1994 sowie eigene Berechnungen.

Unglücklicherweise sind in der Expertise von Lang die Ergebnisse für die Haushaltstypen „Ehepaar“ und „Alleinstehende Männer“ zusammengefaßt¹⁵⁾. Für

¹⁵⁾ Dies ist angesichts der Ergebnisse der ASID '86 eine Vermengung zweier unterschiedlicher Gesamtheiten (siehe auch Tabelle [Einkvert_HH_Typ]), so daß hierdurch eine in sich heterogene Gruppe erzeugt wird; gleiches gilt auch für die Gruppe der alleinstehenden Frauen.

einen ersten Überblick über die materielle Situation sind die Tabellen dennoch geeignet. Den Werten für die Teilgruppen sind die Angaben für die Erwerbstätigen, die jünger als 63 Jahre sind, gegenübergestellt worden. Anhand der Tabellen 50 (für 1978) und 51 (für 1983) sollen im folgenden nur einige wichtige Aspekte aufgezeigt werden.

Tabelle 51

Ergebnisse der Auswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Jahres 1983

	Alleinstehende Frauen							
	Ländliche Region				Großstadt			
	jünger als 75 Jahre		75 Jahre und älter		jünger als 75 Jahre		75 Jahre und älter	
	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.
Bruttojahreseinkommen	20 324,81	100	18 459,68	100	21 567,47	100	19 558,97	100
Erwerbseinkommen ..	920,71	4,53	513,18	2,78	720,35	3,34	756,93	3,87
gesetzliche Renten ...	14 237,53	70,05	13 678,62	74,10	16 026,79	74,31	14 305,43	73,14
Zusatzrenten	1 176,81	5,79	668,24	3,62	1 643,44	7,62	823,43	4,21
öffentliche Transfers .	514,22	2,53	583,33	3,16	455,07	2,11	778,45	3,98
private Transfers	621,94	3,06	815,92	4,42	263,12	1,22	772,58	3,95
Einkommen aus Geldvermögen ...	951,20	4,68	956,21	5,18	1 009,36	4,68	1 105,08	5,65
Einkommen aus Vermietung	1 902,40	9,36	1 244,18	6,74	1 449,33	6,72	1 017,07	5,20
Relative Position bezogen auf das Durchschnittsentgelt in ArV und AnV von 33 293 DM								
Bruttojahreseinkommen	0,61		0,55		0,65		0,59	
Erwerbseinkommen ..	0,03		0,02		0,02		0,02	
gesetzliche Renten ...	0,43		0,41		0,48		0,43	
Zusatzrenten	0,04		0,02		0,05		0,02	
öffentliche Transfers .	0,02		0,02		0,01		0,02	
private Transfers	0,02		0,02		0,01		0,02	
Einkommen aus Geldvermögen ...	0,03		0,03		0,03		0,03	
Einkommen aus Vermietung	0,06		0,04		0,04		0,03	

Vergleicht man die Bruttojahreseinkommen der Empfänger von gesetzlichen Renten mit denen der Erwerbstätigen, so zeigt sich, daß diese zwischen 32,6 v. H. und 64,9 v. H. des Gesamteinkommens der Erwerbstätigen betragen. Aus der Schichtung der Bruttojahreseinkommen geht hervor, daß 1983 etwa 20 v. H. der Haushalte mit einer Bezugsperson „im Ruhestand“ ein durchschnittliches Einkommen erzielten, das über dem Durchschnittseinkommen der Erwerbstätigen liegt. 1978 war dieser Vom-hundertwert zwar noch nicht so hoch. Die durchschnittlichen Alterseinkommen liegen 1978 und 1983 jedoch in der Regel beträchtlich unter den durchschnittlichen Einkommen der Erwerbstätigen.

Bezieht man die einzelnen Einkunftsarten nicht auf das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen der jeweiligen Gruppe oder das der Erwerbstätigen, die

jünger als 63 Jahre sind, sondern bildet die Relation zu dem durchschnittlichen Bruttojahreseinkommen in der Arbeiterrenten- und Angestelltenversicherung (siehe den unteren Teil der Tabellen 50 und 51), so zeigt sich, daß lediglich das Bruttojahreseinkommen der Gruppe „Ehepaare und Alleinstehende Männer“ den Wert 1973 und auch 1983 nur um wenige Prozentpunkte überschreitet. Die Gruppe „Alleinstehende Frauen“ erreicht mit ihrem Bruttojahreseinkommen 1978 zwischen 53 v. H. und 61 v. H. des Durchschnittsentgelts aller Versicherten und 1983 sind es zwischen 55 v. H. und 65 v. H. Bezogen auf die Einkommensverteilung der abhängig Beschäftigten liegt das Durchschnittsentgelt der alleinstehenden Frauen somit im unteren Bereich der Verteilung, während die Ehepaare und alleinstehenden Männer ein vergleichbar hohes Bruttojahreseinkommen erreichen. Für alle Teilgruppen liegt der Anteil, den die gesetzlichen Renten zum

noch Tabelle 51

	Ehepaare und Alleinstehende Männer				Erwerbstätige jünger als 63 Jahre		Einkommensquintile			
	Ländliche Region		Großstadt				1. Quintil		5. Quintil	
	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.	absolut	in v. H.
Bruttojahres- einkommen . . .	35 544,35	100	36 749,59	100	56 582,5	100	11 649,32	100	57 938,35	100
Erwerbs- einkommen	3 294,96	9,27	2 227,03	6,06	47 829,19	84,53	140,96	1,21	7 416,11	12,80
gesetzliche Renten	23 725,85	66,75	26 364,16	71,74	2 721,62	4,81	8 785,92	75,42	34 745,63	59,97
Zusatz- renten	2 043,80	5,75	2 829,72	7,70	277,25	0,49	271,43	2,33	4 698,80	8,11
öffentliche Transfers . .	376,77	1,06	363,82	0,99	1 827,61	3,23	1 166,10	10,01	324,45	0,56
private Transfers . .	504,73	1,42	180,07	0,49	509,24	0,90	585,96	5,03	283,90	0,49
Einkommen aus Geld- vermögen .	1 780,77	5,01	2 212,33	6,02	1 239,16	2,19	397,24	3,41	3 986,16	6,88
Einkommen aus Vermie- tung	3 817,46	10,74	2 572,47	7,00	2 178,43	3,85	345,98	2,97	6 489,10	11,20
Relative Position bezogen auf das Durchschnittsentgelt in ArV und AnV von 33 293 DM										
Bruttojahres- einkommen . .	1,07		1,10		1,70		0,35		1,74	
Erwerbs- einkommen	0,10		0,07		1,44		0,00		0,22	
gesetzliche Renten	0,71		0,79		0,08		0,26		1,04	
Zusatz- renten	0,06		0,08		0,01		0,01		0,14	
öffentliche Transfers . .	0,01		0,01		0,05		0,04		0,01	
private Transfers . .	0,02		0,01		0,02		0,02		0,01	
Einkommen aus Geld- vermögen .	0,05		0,07		0,04		0,01		0,12	
Einkommen aus Vermie- tung	0,11		0,08		0,07		0,01		0,19	

Quelle: Zusammengestellt aus Lang, 1994 sowie eigene Berechnungen.

Gesamteinkommen beitragen, oberhalb von 70 v. H. Lediglich bei den Ehepaaren und alleinstehenden Männern, die in einer ländlichen Region leben, wird dieser Anteil nicht ganz erreicht. Durch die zusätzlichen Einkünfte zur Regelsicherung wird somit weniger als ein Drittel des Bruttojahreseinkommens erzielt. Diese Einkommensbestandteile tragen jedoch zu einer Differenzierung bei, da nicht jeder Haushalt Einkünfte aus diesen Quellen bezieht.

Die Kumulation von Einkünften kann vor allem in drei Familien- bzw. Haushaltsformen zu einer Differenzierung der Verteilung von Alterseinkünften führen: bei Ehepaaren, bei Witwen und Witwern sowie bei Geschiedenen. Im ersten Fall ist von Bedeutung, wie hoch die Alterseinkünfte der beiden Ehepartner sind, im zweiten und dritten Fall können die abgeleiteten Ansprüche zu einer Verstärkung der Ungleichverteilung führen. Aus diesem Grunde ist es notwendig, die einzelnen Faktoren, die zu der materiellen Absicherung beitragen, zu identifizieren und ihre quantitative Bedeutung festzustellen. Bei den Ehepaaren spielt darüber hinaus eine Rolle, von wem die Einkünfte erzielt werden, da hiervon wiederum die Situation nach dem Ableben eines der Partner bestimmt wird. Zu beachten ist hierbei, wie oben schon erwähnt, daß die Familienform vielfach nicht identisch mit der Haushaltsgröße ist. Diese ist aber ebenfalls mitentscheidend für die Einkommenssituation im Alter, da in der Regel mit zunehmender Größe des Haushalts auch die Anzahl der Einkommensbezieher zunimmt, wie der folgenden Tabelle 52 zu entnehmen ist.

Tabelle 52

**Anteil der Haushaltstypen
mit nur einem Einkommensbezieher
in den jeweiligen Haushaltsgrößen
— in v. H. —**

Haushaltstyp	Haushaltsgröße		
	Zwei Personen	Drei Personen	Vier Personen
Ehepaare	42	26	18
Alleinstehende Frauen	15	7	—
Alleinstehende Männer	24	8	—

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1990d, Tabelle 1-1-1-1, Haushalte mit Bezugsperson vom 55. Lebensjahr an.

Während somit beispielsweise bei Ehepaaren, die in einem Zweipersonenhaushalt leben, in 42 v. H. der Fälle nur ein Einkommensbezieher vorhanden ist, verringert sich dieser Anteil auf 18 v. H. bei Vierper-

sonenhaushalten¹⁶⁾ (vgl. ebd. Tabelle 1-2-1-1). Vergleichbares gilt auch für die Gruppen der alleinstehenden Frauen und Männer. Aus der Zahl der Einkommensbezieher kann allerdings nicht auf eine bessere materielle Situation geschlossen werden, da das durchschnittliche Haushaltseinkommen nicht allgemein mit der Anzahl der Einkommensbezieher in einem Haushalt ansteigt¹⁷⁾. Leider sind in den Veröffentlichungen der ASID '86 keine Schichtungen nach dem Haushaltstyp und der Haushaltsgröße enthalten, aus denen auf die Kumulation von Einkommen z. B. bei Witwern, die in einem Zweipersonenhaushalt leben, geschlossen werden kann.

Bei der Analyse nach dem Schichtungskriterium Haushaltstyp zeigt sich für Ehepaare¹⁸⁾, daß 52 v. H. der Ehefrauen über ein eigenes Einkommen verfügen. Von allen Ehefrauen beziehen 42 v. H. eine eigene Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, 8 v. H. ein Erwerbseinkommen und 5 v. H. eine Zusatzversorgung. Andere Formen von Einkommen sind, was die Anzahl der Empfängerinnen angeht, bedeutungslos. So liegt der Schluß nahe, daß außer den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung an Ehefrauen, Kumulationen durch eine Zusatzversorgung für Ehepaare „insgesamt gesehen in der heutigen Rentnergeneration von nicht allzu großer Bedeutung“ (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992b, 48) sind.

Die Relevanz und Dominanz der gesetzlichen Rentenversicherung zeigt sich dementsprechend auch bei den Einkommen der Witwen: Der Anteil, den abgeleitete Renten zum Gesamteinkommen beitragen, beträgt 70 v. H., der von eigenen Renten 20 v. H. und der sonstiger Einkommen 10 v. H.¹⁹⁾ (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992b, 55, Abb. 4-2). Dies bedeutet, daß ein Großteil der materiellen Situation von Witwen heute durch die abgeleiteten Renten determiniert ist²⁰⁾. Verfügt die Witwe über eine eigene Rente, so handelt es sich in 85 v. H. der Fälle um eine Leistung aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Aus dieser Aufschlüsselung wird ersichtlich, welche Bedeutung den einzelnen Sicherungssystemen zukommt. Die wichtigsten für die abhängig Beschäftig-

¹⁶⁾ Ähnliches gilt auch für Haushalte mit Bezugspersonen ab dem 55. Lebensjahr im Ruhestand bzw. ab 65 Jahre insgesamt, bei denen der Anteil an Personen, die voll erwerbstätig oder Teilzeit-beschäftigt sind, sehr gering ist.

¹⁷⁾ In Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992b, Tabelle 1-2-1-2, ist das Nettogesamteinkommen je Haushalt u. a. nach der Haushaltsgröße und der Zahl der Einkommensbezieher aufgeschlüsselt dargestellt.

¹⁸⁾ In der betrachteten Teilgesamtheit sind Ehepaare mit Ehemann ab dem 55. Lebensjahr im Ruhestand bzw. ab dem 65. Lebensjahr insgesamt im Ruhestand (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992b, 47)

¹⁹⁾ 70 v. H. erhalten eine abgeleitete Rente (darunter 66 v. H. aus der GRV und 19 v. H. aus der Beamtenversorgung; der Anteil aller anderen Leistungen beträgt weniger als 10 v. H.), 20 v. H. eigene Renten (diese setzen sich wie folgt zusammen: 85 v. H. aus der GRV, 10 v. H. aus der Beamtenversorgung und 5 v. H. sonstige), 10 v. H. sonstige Einkommen.

²⁰⁾ Der Anteil der Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung an den abgeleiteten Renten liegt bei 66 v. H. und der aus der Beamtenversorgung bei 19 v. H.

ten sind die gesetzliche Rentenversicherung und die Beamtenversorgung. Von den anderen Einkunftsquellen kommt lediglich bei den höheren Einkommenskategorien der Zusatzversorgung eine stärkere Bedeutung zu, weil die relative Bedeutung der Zusatzversorgung mit steigendem Einkommen zunimmt.

4.1.3 Unzureichend gesicherte Personengruppen

Für welche Gruppen kann die materielle Lage im Alter als besonders schwierig bezeichnet werden?²¹⁾ Auf diese Frage soll im folgenden kurz eingegangen werden, um die gesellschaftliche Bedeutung und die Ursachen der Altersarmut, die sich aus den Untersuchungen von Infratest zur Einkommenssituation alter Menschen ergeben haben, herauszuarbeiten. Die Analyse der Erhebung ASID,86 zeigt, daß der Anteil bestimmter Bevölkerungsgruppen von Älteren an den Sozialhilfeempfängern unterdurchschnittlich ist (vgl. auch Schmähl, 1993, 15, Tabelle 1). Insbesondere die Teilgruppen der ehemaligen Beamten, der früheren Angestellten, der alleinstehenden Frauen mit eigenen und abgeleiteten Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung und der Haushalte mit einer öffentlichen oder privaten Zusatzsicherung sind unterproportional bei den Sozialhilfeempfängern vertreten (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992b, 79). Stärker betroffen sind die Haushalte von ledigen und von geschiedenen Frauen, von angelernten Arbeitern und ehemaligen Gewerbetreibenden, von Bezugspersonen, die nie erwerbstätig waren, die hilfs- bzw. pflegebedürftig oder ohne eine Regel- und Zusatzsicherung sind (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992b, 73 ff.).

Führt man diese Ergebnisse mit denen der Untersuchung über die Einflußfaktoren, die die Höhe des Nettogesamteinkommens einer Person im Alter bestimmen, zusammen, so scheint eine besonders schwierige materielle Situation im Alter durch die folgenden „Ursachen“ bedingt zu sein (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1992a, 57, sowie Bäcker et al., 1989, 77-78):

- Die Bezugsperson hat nicht genügend eigene Ansprüche in einem Regelsystem erworben, so daß die aufgrund der Ansprüche zu leistenden Zahlungen zu niedrig sind²²⁾. In der Regel werden auch

²¹⁾ Unter einer besonders schwierigen materiellen Lage im Alter soll der Untersuchung ASID '86 folgend der Sozialhilfebezug und die latente Sozialhilfebedürftigkeit verstanden werden. Der Altersarmut liegt somit eine auf die Einkommenssituation eingeschränkte Betrachtung zugrunde, bei der Armut dann vorliegt, wenn die durch das Bundessozialhilfegesetz festgelegte Einkommensgrenze durch Leistungen aus den einzelnen Alterssicherungssystemen und aufgrund der eigenen Vorsorge sowie durch alle übrigen Einkommen des Haushalts nicht überschritten wird.

²²⁾ Hiervon sind z. B. Frauen, die familienbedingt ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen bzw. beenden, Langzeit- oder Mehrfacharbeitslose sowie z. T. Personen betroffen, die nach einer Vorruhestandsregelung vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

keine bzw. nicht genügend Leistungen aus einer betrieblichen Alterssicherung oder der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst bezogen, die diese zu geringen Zahlungen ergänzen könnten. War zusätzlich die private Vorsorge z. B. aufgrund von zu geringer Sparfähigkeit oder Sparbereitschaft unzureichend, so ergibt sich eine besonders schwierige materielle Situation im Alter.

- Die Bezugsperson war nicht in einem Regelsystem abgesichert. Eine solche Person ist in der Regel auf eine ausreichende private Altersvorsorge angewiesen²³⁾. Die Notwendigkeit des Sozialhilfebezuges wird dann durch die zu geringe oder nicht eine den Umständen²⁴⁾ entsprechende private Vorsorge hervorgerufen.
- Die Bezugsperson hat in Kombination mit den ersten beiden Sachverhalten zu geringe abgeleitete Ansprüche.

Betrachtet man als unzureichend abgesichert diejenigen Haushalte, deren Alterseinkünfte im unteren Quintil (Fünftel aller Haushalte) liegen, zeigt sich auch in den Auswertungen der Einkommens- und Verbrauchsstichproben, daß im Vergleich zu den anderen Haushalten die Kategorien Erwerbseinkommen, Zusatzrenten und Einkommen aus Vermögen und Vermietung am wenigsten zum Bruttoeinkommen beitragen. Die Haupteinkunftsquellen sind die gesetzlichen Renten mit etwa 75 v. H. sowie, durch niedrige Renten zumindest teilweise bedingt, die öffentlichen und privaten Transfers.

Aus den obigen Erörterungen könnte nun der Umkehrschluß gezogen werden, daß zu geringe Leistungen aus den Regelsystemen — und hier insbesondere aus der gesetzlichen Rentenversicherung — ursächlich die materielle Situation bedingen und geringe Altersrenten gleichbedeutend mit einer Sozialhilfebedürftigkeit sind. Dieser Schluß ist jedoch falsch. Es kann nicht von niedrigen gesetzlichen Renten auf eine schlechte materielle Situation der Haushalte geschlossen werden. So haben die Auswertungen der ASID '86 ergeben, daß nur ein begrenzter Zusammenhang zwischen niedrigen Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und dem Nettoeinkommen besteht²⁵⁾ (vgl. ausführlich in Kortmann, 1992). So verfügen beispielsweise 45 v. H. der Männer vom 55. Lebensjahr an, die eine eigene GRV-Rente

²³⁾ Diese muß aber nicht außerhalb des Regelsystems erfolgen. So besteht u. a. die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung in der GRV.

²⁴⁾ So kann zwar eine private Vorsorge geleistet worden sein, die langfristig aber z. B. durch Inflation oder andere Ursachen aufgezehrt werden kann. Ein Beispiel hierfür sind z. B. die durch die Währungsumstellung weggefallenen Vermögen. Ein anderes Beispiel für einen entgegengesetzten Effekt ist für die Personen eingetreten, die in der ehemaligen DDR über Produktivvermögen bzw. Haus- und/oder Grundbesitz verfügten (Personen aus den alten und neuen Bundesländern) als auch für die bis zum Zusammenbruch des Systems der DDR dort lebten und Vermögensbesitz in der Bundesrepublik Deutschland hatten. Durch den Beitritt sind diese Vermögenswerte erst verfügbar und somit realisierbar geworden.

²⁵⁾ Sie bestätigen die von Schmähl, 1977, 402 ff. festgestellten Zusammenhänge.

von unter 500,— DM beziehen, über ein persönliches Nettoeinkommen von mehr als 2 000,— DM (Kortmann, 1992, 346, Tabelle 3a). „Auch auf der Ehepartner-Ebene zeigt sich, daß GRV-Renten von unter 500,— DM des Ehemannes mit einem insgesamt höheren Nettoeinkommen auf der Ehepartner-Ebene verbunden sind“ (Kortmann, 1992, 350). Bei den Frauen haben 16 v. H. ein persönliches Nettoeinkommen von 1 500,— DM und mehr, obwohl sie eine eigene Rente von unter 250,— DM erhalten (Kortmann, 1992, 349, Tabelle 3d).

Für sozialpolitische Maßnahmen, die die sogenannte Altersarmut lindern bzw. vermeiden sollen, ist dies ein wichtiges Ergebnis. So käme beispielsweise eine Aufstockung von Kleinrenten auf ein Mindestniveau, die ohne jegliche Prüfung einer Bedürftigkeit gewährt werden, zu einem beträchtlichen Teil Haushalten zugute, die nicht von Altersarmut betroffen sind. Ein Instrument zur Vermeidung von Armut kann nicht an einer einzigen Einkommensquelle ansetzen, sondern hat die gesamte materielle Lage eines Haushalts zu berücksichtigen, da Altersarmut aus sehr unterschiedlichen Gründen auftreten kann.

4.1.4 Einkommen aus Vermögen, Vermietung und Verpachtung

Zur Vermögenssituation und zum Wohneigentum sind nur relativ wenig Angaben in der Erhebung ASID '86 und den Einkommens- und Verbrauchsstichproben enthalten, die jedoch auf einkommensabhängige Unterschiede hindeuten. Während bei den Beziehern, deren Erwerbseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze lag, Einkünfte aus Vermögen sowie Vermietung und Verpachtung die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung nur in relativ geringem Umfang ergänzen, sind sie für diejenigen Bezugspersonen, deren Erwerbseinkommen oberhalb dieser Grenze lagen, ein wichtiger Bestandteil der Alterseinkünfte, die in ihrem Zusammenwirken die Aufrechterhaltung des Lebenshaltungsniveaus gewährleisten sollen. Dies zeigt sich deutlich in den Tabellen 50 und 51 der EVS-Auswertung, wenn man die Einkommensquintile betrachtet²⁶⁾. Für das 1. Quintil liegt der Anteil der gesetzlichen Renten am Bruttojahreseinkommen bei 75,4 v. H. und der Einkommen aus Geldvermögen und Vermietung bei 6,4 v. H. Im obersten Quintil tragen die gesetzlichen Renten noch knapp 60 v. H. zum Bruttojahreseinkommen bei, die Einkommen aus Geldvermögen und Vermietung allerdings 18,1 v. H. Vergleichbare Ergebnisse liefern auch die Untersuchungen der ASID '86. Im Rahmen dieser Erhebung wurde allerdings nicht die gesamte Vermögenssituation erfragt, sondern nur einige wenige Vermögenskomponenten. Grundsätzlich zeigt sich eine positive Korrelation von hohem Einkommen und dem Besitz von Wohneigentum sowie von privaten individuellen und betrieblichen Lebensversicherungen (Direktversicherung).

²⁶⁾ Siehe hierzu auch die weiteren Auswertungen der EVS '78 und EVS '83 (vgl. Lang, 1994).

Aufgrund des verfügbaren Datenmaterials kann nicht weiter untersucht werden, ob die Einkommen aus Vermögen zu einer — neben der insbesondere durch die Beamtenversorgung bzw. Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst verursachten — Differenzierung der Verteilung der Alterseinkommen beitragen oder ob sie zur Aufrechterhaltung des Lebensstandards dienen. Ebenso liegen bisher keine repräsentativen Informationen vor, aus denen entnommen werden könnte, inwieweit Haushalte durch ihre materielle Situation im Alter zu einer Vermögensauflösung für die Aufrechterhaltung des Lebenshaltungsniveaus oder auch zur Finanzierung besonderer Bedarfe, z. B. im Rahmen einer Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit, gezwungen sind.

4.1.5 Einkommenslage der Rentner in den neuen Bundesländern

Die wirtschaftliche Lage älterer Menschen in den neuen Bundesländern wird maßgebend von den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung bestimmt (vgl. Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, 33)²⁷⁾. Deshalb werden im Rahmen der Ist-Analyse ausschließlich diese Renten betrachtet.

Mit dem Rentenüberleitungsgesetz vom 21. Juni 1991 wurden Versicherte und Rentner in den neuen Bundesländern mit Wirkung vom 1. Januar 1992 an in das dynamische System der GRV einbezogen. Die laufenden Renten waren zuvor seit der Rentenangleichung zum 1. Juli 1990 bereits zweimal (zum 1. Januar und zum 1. Juli 1991) nach Maßgabe der Lohnzuwachsrate in den neuen Bundesländern angepaßt worden. Die verfügbaren Eckrenten²⁸⁾ in den neuen Bundesländern erreichten vor der Angleichung (im Juni 1990) je nach Zeitpunkt des Rentenzugangs zwischen 29 und 37 v. H. der verfügbaren Eckrenten in den alten Bundesländern. Nach der Rentenüberleitung und mit weiteren halbjährlichen Anpassungen (zuletzt zum 1. Januar 1994 um 3,6 v. H.) beträgt das Eckrentenniveau-Ost nunmehr 75,7 v. H. des Niveaus²⁹⁾ in den alten Bundesländern (vgl. Andel, 1993, 31).

²⁷⁾ Bei zwei Dritteln der Rentner bildet die GRV-Rente im Durchschnitt 95 v. H. des Gesamteinkommens. Für weitere statistische Angaben zur Einkommens- und Vermögensstruktur (in allerdings für die hier behandelte Fragestellung unglücklicher Abgrenzung), zur Struktur des privaten Verbrauchs und zur Ausstattung mit langlebigen Konsumgütern in Haushalten älterer Menschen in den neuen Bundesländern, bezogen auf das Jahr 1991 (vgl. ebd., 180 ff.; vgl. auch Sozialreport 1993, 255 ff.)

²⁸⁾ Rente wegen Alters eines Versicherten mit durchschnittlichem Bruttojahresarbeitsentgelt und mit 45 anrechnungsfähigen Versicherungsjahren, nach Abzug des Eigenbeitrags zur Krankenversicherung der Rentner.

²⁹⁾ Die materielle Lage der Rentner in den neuen Bundesländern hat sich seit der Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion spürbar verbessert, denn die durchschnittlichen Versichertenrenten stiegen deutlich schneller als die Lebenshaltungskosten für einen Zwei-Personen-Rentnerhaushalt. Bis zum 1. Januar 1993 waren sie für Männer real bereits um 76,2 v. H. gestiegen, für Frauen um 55,1 v. H.

Die durchschnittlichen monatlichen Rentenzahlbeträge (durchschnittliche laufende Versichertenrenten nach Abzug des Eigenanteils der Rentner zu ihrer Krankenversicherung, KVdR) in den neuen Bundesländern haben sich denen in den alten Ländern bereits wesentlich stärker angenähert. Nach Modellrechnungen des BMA auf Basis der Rentenbestände des Postrentendienstes vom 1. Juli 1992 bzw. 1. Januar 1993 erreichten die Rentner in den neuen Bundesländern am 1. Juli 1993 insgesamt durchschnittlich 91,6 v. H. der Rentenzahlbeträge in den alten Ländern (vgl. Berntsen und Bloßfeld, 1993,8 [mit Daten aus dem Rentenversicherungsbericht, 1993]). Die Rentenzahlbeträge von Frauen in den neuen Bundesländern haben die von Frauen in den alten Bundesländern bereits mit der Anpassung zum 1. Juli 1991 überholt. Am 1. Juli 1993 lag der entsprechende Verhältniswert nach den Modellrechnungen des BMA bei 125 v. H.

Tabelle 53

Durchschnittliche monatliche Rentenzahlbeträge in DM in den neuen und alten Bundesländern zum 1. Juli 1992, gegliedert nach Geschlecht und Versicherungsträger sowie dem Verhältnis der Zahlbeträge in v.H.

	alte Bundesländer	neue Bundesländer	neue/alte Bundesländer
	DM	DM	v.H.
Männer			
ArV	1 455,94	1 207,23	82,9
AnV	1 988,66	1 255,04	63,1
KnV	2 289,84	1 335,79	58,3
GRV	1 691,11	1 241,92	73,4
Frauen			
ArV	571,89	819,09	143,4
AnV	955,29	838,85	87,7
KnV	1 121,23	771,17	68,8
GRV	728,12	826,42	113,5
Männer und Frauen			
ArV	971,01	940,20	96,8
AnV	1 368,40	955,36	69,8
KnV	2 198,68	1 073,35	48,8
GRV	1 160,79	956,23	82,4

Quelle: Rentenversicherungsbericht, 1993, Übersicht A4, eigene Berechnungen.

Eine Differenzierung nach Versicherungszweigen für den 1. Juli 1992 (siehe Tabelle 53) zeigt, daß dieser Vorsprung bei den Frauen ausschließlich in der Arbeiterrentenversicherung (ArV) besteht. In der Angestelltenversicherung (AnV) und Knappschaftlichen Rentenversicherung (KnV) haben die Rentnerinnen in den neuen Bundesländern das Rentenniveau der Rentnerinnen in den alten Bundesländern dagegen noch nicht erreicht. Bei den Männern ist der Abstand zwischen alten und neuen Bundesländern bei den durchschnittlichen monatlichen Rentenzahlbeträgen in allen Versicherungszweigen größer als bei den Frauen. Das Niveau liegt allerdings mit Ausnahme der KnV über dem zum 1. Juli 1992 erreichten verfügbaren Eckrentenniveau (62,3 v. H.). Auch hier ist das relative Niveau in der ArV bereits am stärksten angeglichen. Besonders groß ist der Abstand zum Niveau in den alten Bundesländern (auch bei den Frauen) in der KnV, was darauf zurückzuführen ist, daß die in den alten Bundesländern in die Rentenzahlung aus der KnV integrierte betriebliche Altersversorgung (bifunktionale Sicherung) in den neuen Ländern nicht existierte.

Die Ursache für die im Vergleich zum Eckrentenniveau größere Annäherung bei den monatlichen Rentenzahlbeträgen sind die im Durchschnitt längeren Versicherungszeiten in den neuen Bundesländern. Im Rentenbestand am 1. Januar 1991 wiesen Männer in den neuen Bundesländern eine im Durchschnitt um 8 Jahre längere Versicherungszeit auf (47 im Vergleich zu 39 Jahren). Bei den Frauen betrug der Unterschied sogar 15 Jahre (37 zu 22 Jahre). Diese Unterschiede können bei den Männern im wesentlichen auf die in den alten Bundesländern weniger umfassend ausgestaltete Versicherungspflicht (mit Wechseln z. B. zwischen dem Angestellten- und Beamtenstatus) und die Möglichkeiten des flexiblen und vorgezogenen Übergangs in den Ruhestand (im Unterschied zu einer starren Altersgrenze von 65 Jahren in der DDR) zurückgeführt werden. Bei den Frauen spielen neben einer generell wesentlich höheren Erwerbsbeteiligung³⁰⁾ (vgl. DIW, 1990, 265) die umfangreiche Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung und der Pflege Angehöriger sowie von Zurechnungszeiten bei langjähriger Berufstätigkeit eine entscheidende Rolle.

Zum 1. Januar 1992 wurden alle Renten in den neuen Bundesländern entsprechend den Bestimmungen des SGB VI „umgewertet“. Dabei ergab sich infolge der Umstellung von Arbeitsjahren auf Versicherungsjahre und des Wegfalls von Mindestsicherungselementen in vielen Fällen ein im Vergleich zur vorher gezahlten Rente niedrigerer Zahlbetrag. Bis Ende 1995 wird die Differenz zwischen den beiden Beträgen aus Gründen des Vertrauens- und Besitzschutzes

³⁰⁾ Die Erwerbsquote betrug 1988 bei den Frauen in der DDR 83,2 v. H., in der Bundesrepublik nur 50,0 v. H. Nur 5,9 v. H. der erwerbstätigen Frauen in der DDR gingen einer Teilzeitbeschäftigung mit weniger als 24 Std. je Woche nach (in der Bundesrepublik Deutschland 23,2 v. H. mit weniger als 21 Std. je Woche).

in Form eines nicht in die Rentenanpassung einbezogenen „Auffüllbetrages“ weitergezahlt, danach im Zuge der weiteren Rentenanpassungen schrittweise abgeschmolzen. Auch für die Rentenzugänge zwischen dem 1. Januar 1992 und dem 31. Dezember 1996 findet diese „Besitzstandswahrung“ statt, wobei allerdings bei Rentenzugängen vom 1. Januar 1994 an die sukzessive Verrechnung mit den zukünftigen Rentenanpassungen sofort beginnt. Der mit dem Abschmelzen der Auffüllbeträge vorgenommene schrittweise Abbau von „Begünstigungen“ des DDR-Rentenrechts trifft Frauen in erheblich größerem Ausmaß als Männer. Die durchschnittliche Anzahl von Versicherungsjahren sinkt bei den Männern von 47 auf 45 Jahre, bei den Frauen reduziert sie sich um 7 auf durchschnittlich 30 Jahre³¹⁾ (vgl. Hain et al., 1992, 538). Allerdings weisen Frauen in den neuen Bundesländern auch nach der Umwertung längere Versicherungszeiten (bezogen auf den Rentenbestand am 1. Januar noch durchschnittlich 30 Jahre im Vergleich zu 22 Jahren für Frauen in den alten Bundesländern) und im Durchschnitt zumindest geringfügig bessere relative Lohnpositionen auf³²⁾ (vgl. Stephan und Wiedemann, 1990, 557). Daher dürfte die vollständige Umstellung auf das Rentenrecht in den alten Bundesländern bei den bereits verrenteten und den rentennahen Jahrgängen in deutlich geringerem Ausmaß zu unzureichenden Rentenansprüchen aus der GRV führen, als dies bei Frauen in den alten Bundesländern der Fall ist.

Hervorzuheben ist, daß die Besserstellung von Frauen im DDR-Rentenrecht im wesentlichen nur formal bestand, die angerechneten Zusatzzeiten sich kaum rentensteigernd auswirkten (vgl. Böhm und Pott, 1992, 195, mit einem Rechenbeispiel). Die rentensteigernde, massiv begünstigende Wirkung entfalteten diese Regelungen erst durch die Einbeziehung in die Rentenangleichung zum 1. Juli 1990 und die zweimalige Dynamisierung nach dem Recht in den alten Bundesländern bis zum Inkrafttreten des Rentenüberleitungsgesetzes. Eine relative Schlechterstellung ergibt sich vor allem gegenüber den Männern in den neuen Bundesländern. Geschlechtsspezifische Unterschiede sowie der höhere Anteil zunächst nicht-dynamischer und dann wegfallender Rentenbestand-

³¹⁾ Nach der Umwertung der Renten lag der Auffüllbetrag bei den Rentnerinnen im ersten Dezil der Rentenschichtung mit 289 DM am höchsten, schwankte in den übrigen Dezilen zwischen 219 DM (zweites Dezil) und 255 DM (siebtes Dezil) und betrug auch im obersten Dezil noch 238 DM. Bei den Männern wurde der maximale Auffüllbetrag dagegen im ersten Dezil erreicht (168 DM), er nahm mit steigender Rentenhöhe kontinuierlich ab bis auf 47 DM im obersten Dezil; (vgl. zu den finanziellen Auswirkungen der Rentenumwertung neben diesen auch Kiel und Luckert, 1991 sowie zu den Verteilungswirkungen des Wegfalls von Regelungen des DDR-Rentenrechts und Übergangsbestimmungen Böhm und Pott, 1992, 192 ff. mit weiteren Quellenhinweisen).

³²⁾ Frauen waren zwar auch in der DDR gegenüber Männern benachteiligt, allerdings in etwas geringerem Ausmaß als in den alten Bundesländern. So erreichten z. B. vollzeitbeschäftigte Arbeiterinnen im Jahr 1988 in der DDR 83,2 v. H. des Bruttoverdienstes ihrer männlichen Kollegen, in den alten Bundesländern nur 70,1 v. H.

teile führen zu einer wachsenden Differenz in den Zahlbeträgen³³⁾.

4.1.6 Einkommenslage von Zuwanderern

Bei der Analyse der Einkommenslage von Zuwanderern ist zunächst darauf hinzuweisen, daß es sich hier keineswegs um eine homogene Gruppe handelt. Zu unterscheiden sind zumindest drei Gruppen, nämlich Aussiedler, die als Deutschstämmige aus Osteuropa und den Nachfolgestaaten der Sowjetunion in die Bundesrepublik kommen, um hier auf Dauer zu bleiben, Asylsuchende und Flüchtlinge sowie andere Ausländer, also Menschen mit einer fremden Staatsangehörigkeit, die als Arbeitsmigranten oder Familienangehörige nach Deutschland kommen.

Die Gruppe der Asylsuchenden und Flüchtlinge kann im Rahmen der Analyse der materiellen Situation im Alter vernachlässigt werden. Der Status des Asylsuchenden sieht ausschließlich Zahlungen der Sozialhilfe vor, Ansprüche an andere Systeme der sozialen Sicherung bestehen nicht. Aussagen zur materiellen Situation der beiden anderen Gruppen sind lediglich bezüglich von Einkünften aus der GRV möglich, Informationen über Ansprüche aus anderen Alterssicherungssystemen gibt es unseres Wissens nicht³⁴⁾.

Die Aussiedler werden gegenwärtig im Rentenrecht im Prinzip so gestellt, als hätten sie ihr Erwerbsleben bis zur Übersiedlung bereits in der Bundesrepublik verbracht. Ältere Aussiedler, die in der Bundesrepublik einen Rentenantrag stellen (rentennahe Jahrgänge), oder die bereits als Rentner hierher kommen, erreichen ein Zugangsrentenniveau, das etwas über dem Durchschnitt der einheimischen Bevölkerung liegt. Dies resultiert daraus, daß sie zwar unterdurchschnittliche Erwerbseinkommen (aufgrund im Durchschnitt niedrigerer Qualifikationen, Beschäftigung überwiegend in Arbeiterberufen), aber in der Regel sehr lange und ununterbrochene Erwerbskarrieren aufweisen³⁵⁾.

Eine große Zahl von ausländischen Arbeitnehmern ist in den 60er Jahren und bis 1973 (Anwerbestop) in die

³³⁾ Insgesamt gehören jedoch Rentner und rentennahe Jahrgänge beiderlei Geschlechts zu den „Gewinnern der Wiedervereinigung“ (Andel, 1993, 42, in diesem Sinne bereits Schmähl, 1990). Dies hat sich offenbar auch in ihrem Bewußtsein durchgesetzt. Über 60jährige schätzen ihre Lebensbedingungen bzw. ihre wirtschaftliche Lage durchweg positiver ein als Jüngere; (vgl. Sozialreport 1993, 262f.)

³⁴⁾ Die EVS enthält keine Informationen zu Einkommens- und Vermögensverhältnissen von Haushalten älterer Ausländer. Ausländerbezogene Daten enthalten (bei bezogen auf Ältere allerdings geringen Fallzahlen) das Sozio-ökonomische Panel und der Mikrozensus sowie die VDR-Statistik. In der EVS 1993 werden Haushalte älterer Ausländer erstmals repräsentativ erfaßt.

³⁵⁾ (Vgl. zu Strukturmerkmalen der Aussiedler und Modellrechnungen über die finanziellen Auswirkungen des Aussiedlerzustroms, Barth et al., 1989). Detaillierte Analysen der materiellen Situation dieser Gruppe sind u. W. bisher nicht durchgeführt worden.

Bundesrepublik gekommen. Insbesondere aufgrund relativ kurzer Versicherungsdauern erzielen Rentner aus dieser ersten Migrantengeneration heute relativ geringe Renteneinkommen. Entsprechend niedrig fallen auch abgeleitete Ansprüche von Familienangehörigen aus (vgl. Tabelle 54)³⁶⁾.

Hochaggregierte Durchschnittswerte haben allerdings angesichts der Verschiedenartigkeit der betrachteten Gruppe eine nur geringe Aussagekraft.

Zu unterscheiden ist insbesondere zwischen Personen aus EU-Staaten oder anderen Vertragsstaaten, die auch aus einer Erwerbstätigkeit in anderen Ländern (im Herkunftsland) Ansprüche auf eine Altersrente erwerben, in ihr Herkunftsland zurückkehrenden Arbeitsmigranten und solchen, die auch im Alter in der Bundesrepublik bleiben³⁷⁾.

³⁶⁾ Vgl. zu Durchschnittsangaben über Versicherten- und Hinterbliebenenrenten an Männer und Frauen aus ausgewählten Anwerbeländern auch Dietzel-Papakyriakou, 1991, 82 sowie, auch zu weiteren Aspekten der sozialen Sicherung alter Ausländer, Backhaus-Maul und Vogel, 1992.

³⁷⁾ Differenzierte Auswertungen nach Leistungsarten, Versicherungszweigen, Versicherungsjahren und persönlicher Bemessungsgrundlage (relativer Entgeltposition) gibt es bisher u.W. nicht. Die Rentenbestandsstatistik weist lediglich die Zahl der an Ausländer gezahlten Versicherten- und Hinterbliebenenrenten sowie durchschnittlich gezahlte Rentenbeträge, differenziert nach Nationalitäten aus; (vgl. VDR, 1992, Tabelle 26G RV und 40G RV).

Über sonstige Einkünfte von Haushalten älterer Ausländer gibt es keine Informationen. Der sehr geringe Anteil älterer Menschen unter den ausländischen Sozialhilfeempfängern (2,2 v. H. im Vergleich zu 19,7 v. H. bei den Deutschen, Angaben für 1988) ist allerdings wohl weniger als Anzeichen für ein geringes Ausmaß von Altersarmut zu werten, als vielmehr auf die insgesamt geringe Anzahl bzw. den geringen Anteil alter Ausländer und ein hohes Maß an Nicht-Inanspruchnahme zurückzuführen³⁸⁾ (vgl. Dietzel-Papakyriakou, 1991, 93ff.)

Die bisher einzige detaillierte Untersuchung zu Ausländern in der gesetzlichen Rentenversicherung (Rehfeld, 1991) bezieht sich auf Rentenanwartschaften und nicht auf laufende Leistungen. Diese Angaben sind im Hinblick auf die zukünftige Einkommenssituation dieser Bevölkerungsgruppe aufschlußreicher als die gegenwärtig gezahlten Renten. Sie zeigen, in welcher Weise Ausländer in die bundesrepublikanische Gesellschaft integriert sind und in welchem Ausmaß zukünftige Rentenzahlungen zu erwarten sein werden. Sie werden im Zusammenhang mit Entwicklungstendenzen in Abschnitt 4.2.5 untersucht.

³⁸⁾ Die Ursache hierfür dürfte vor allem in der z. T. unbegründete Sorge bezüglich des Aufenthaltsrechts und in den Problemen bei der Informationsbeschaffung und dem Umgang mit Behörden aufgrund fehlender Sprachkenntnisse sein.

Tabelle 54

Durchschnittliche monatliche Rentenzahlungsbeträge (DM/Monat) nach Nationalität und Geschlecht, die an Ausländer (Vertragsrenten) ins Inland gezahlt wurden

Nationalität	Männer	Frauen	zusammen
Ausländer aus der EU	997,02	608,23	891,62
darunter:			
Italiener	942,08	553,58	867,45
Spanier	1 031,44	600,04	927,55
Griechen	960,20	651,24	850,29
Portugiesen	870,00	518,79	790,66
Ausländer aus sonstigen Staaten	1 149,75	687,80	951,47
darunter:			
Türken	857,39	617,94	819,08
Jugoslawen	961,08	640,70	833,16
Ausländer insgesamt	1 069,77	659,78	923,78
Deutsche und Ausländer zusammen am 1. Juli 1992			
alte Bundesländer	1 691,11	728,12	1 160,79
neue Bundesländer	1 241,92	826,42	956,23

Quelle: — für die Ausländer: Bundestags-Drucksache 12/5796, 38 und
— für die Deutschen und Ausländer zusammen: Tabelle 53.

4.2 Zentrale Einflußfaktoren für die zukünftige Entwicklung der Einkommenslage im Alter

4.2.1 Vorbemerkung

Der Versuch, gesicherte Aussagen über die zukünftige Einkommenslage alter Menschen zu treffen, sieht sich einem außerordentlich komplexen Geflecht von Einflußfaktoren, Wirkungen und Wechselwirkungen gegenüber. Bezüglich der Größenordnung erwarteter Wirkungen sowie beabsichtigter und unbeabsichtigter Nebenwirkungen, oftmals sogar hinsichtlich der Wirkungsrichtung, besteht ein z. T. beachtliches Maß an Unsicherheit. In diesem Bericht kann dieses komplexe Beziehungsgeflecht lediglich als analytischer Rahmen beschrieben werden, innerhalb dessen die Einkommenslage alter Menschen und deren Entwicklung zu untersuchen wäre. Den analytischen Rahmen vollständig auszufüllen, stellt eine Herausforderung für zukünftige empirische und theoretische Forschungen dar.

Die demographische Entwicklung, deren Auswirkungen Gegenstand dieses Berichts sind, wird hier als gegeben angenommen, da „der Prozeß der Eigendynamik der Bevölkerungsentwicklung bereits weit fortgeschritten ist, so daß seine Beeinflussbarkeit durch politische Maßnahmen immer geringer wird.“³⁹⁾ (Birg

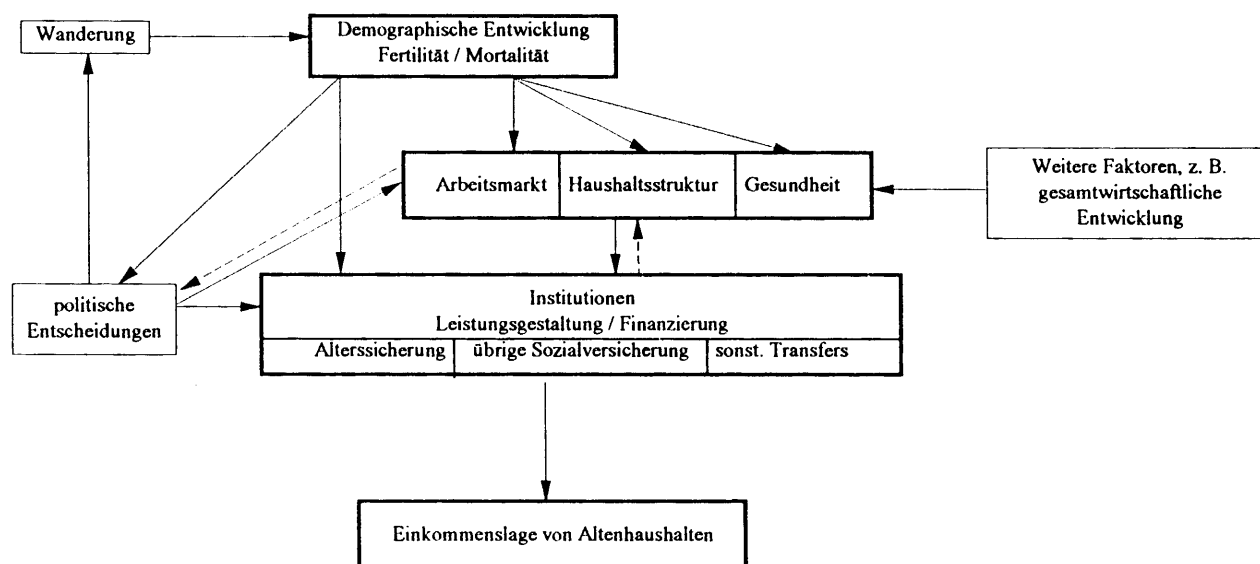
³⁹⁾ Von den Möglichkeiten einer gezielt auf Geburtenförderung ausgerichteten Politik wird ausdrücklich abgesehen.

und Flöthmann, 1994, 79). Sie ist jedoch nur einer unter mehreren Faktoren, die die Einkommenslage zukünftig alter Menschen beeinflusst.

Als weiterer Einflußfaktor ist an erster Stelle der Arbeitsmarkt zu nennen. Wichtig sind außerdem z. B. die Entwicklung der Haushalts- und Familienstrukturen und die Entwicklung des Gesundheitszustandes. Zwischen Arbeitsmarkt, Haushalts- und Familienstrukturen sowie Gesundheit bestehen zahlreiche Wirkungszusammenhänge. Alle drei Faktoren werden auch von der demographischen Entwicklung beeinflusst. Veränderungen der Fertilität und der Mortalität haben z. B. Auswirkungen auf die Haushalts- und Familienstrukturen sowie auf die Altersstruktur der Erwerbstätigen. Die demographische Entwicklung kann mit Veränderungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung einhergehen und Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt haben. Die Wirkungen des Faktors demographische Entwicklung auf die Einkommenslage alter Menschen sind überwiegend indirekter Natur, d. h. der demographische Wandel wirkt über die genannten (wie auch andere) Faktoren auf die Einkommenslage. Die „Vermittlung“ zwischen Einflußfaktoren und Einkommenslage geschieht durch eine Vielzahl von Institutionen. Hier sind an erster Stelle die Institutionen der Alterssicherung zu nennen, also sämtliche Einrichtungen der Regel- und Ergänzungssicherung für das Alter einschließlich der verschiedenen Formen der privaten Vorsorge.

Abbildung 25

Die Wirkung der demographischen Entwicklung auf die Einkommenslage von Altenhaushalten unter Berücksichtigung externer Interdependenzen



Quelle: eigene Erstellung

Aber auch die übrigen Zweige der sozialen Sicherung [die Kranken-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung, die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit und schließlich die Sozialhilfe und sonstige Formen staatlicher, teilstaatlicher und privater Transfers] wirken auf die Gestaltung des Alterseinkommens, seine Entstehung und z. T. auch seine Verwendung.

Unterschiedliche Gruppen von Haushalten alter Menschen werden von den genannten Institutionen in unterschiedlichem Ausmaß erfaßt. Z. T. sind die Institutionen auf das Individuum bezogen und berücksichtigen den Haushaltszusammenhang nicht, z. T. wird explizit auf den Haushaltszusammenhang abgestellt.

Die Wirkungen von Einflußfaktoren über die Institutionen auf die Einkommenslage sind nicht nur unter status-quo-Bedingungen zu analysieren, also insbesondere bei unveränderter Gestaltung der Leistungen und ihrer Finanzierung. Vielmehr führen der demographische Wandel selbst und seine Wirkungen auf andere Einflußfaktoren zu Anpassungsreaktionen in den Institutionen. Diese Anpassungen sind auf das Aufrechterhalten der Finanzierbarkeit und/oder eine Begrenzung des demographisch bedingten Belastungsanstiegs gerichtet und wirken sich auf die Einkommenslage im Alter aus. Solche Anpassungsreaktionen können (und werden) auch aufgrund anderer gesellschaftlicher Entwicklungen und veränderter politischer Zielvorstellungen vorgenommen werden.

In der Regel werden die Leistungen in mehreren Schritten und über einen längeren Zeitraum angepaßt. Zwischen einzelnen Zweigen der sozialen Sicherung sind die Anpassungsverfahren nicht immer koordiniert. Daraus ergeben sich sowohl gruppenspezifische als auch kohortenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Gestaltung der Einkommenslage im Alter⁴⁰⁾.

⁴⁰⁾ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, daß sich demographische Veränderungen auf die verschiedenen Bereiche sozialer Sicherung recht unterschiedlich auswirken. Besonders deutlich wird das bei einem Vergleich von gesetzlicher Rentenversicherung und Beamtenversorgung einerseits, gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung andererseits. Bei den beiden letztgenannten Institutionen gehört die absolut und relativ wachsende Zahl an Älteren nicht nur zu den Leistungsempfängern, sondern weiterhin zu denen, die Beiträge entrichten. So dürfte der demographisch bedingte Beitragssatzanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung — unterstellt gleiches Finanzierungs- und Leistungsrecht — bis zum Jahr 2030 bei gut 20 v. H. liegen (d. H. etwa 3 Beitragspunkte); so schon Schmähl, 1983, jetzt auch Dudey, 1993, (vgl. auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994), während in der gesetzlichen Pflegeversicherung der demographisch bedingte Beitragsanstieg etwa 45 v. H. betragen dürfte (das sind etwa 0,8 Beitragspunkte, (vgl. Schmähl, 1993a). In der gesetzlichen Rentenversicherung wurde dagegen — wären nicht die Maßnahmen des Rentenreformgesetzes 1992 ergriffen worden — mit einem demographisch bedingten Beitragssatzanstieg von rund 100 v. H. gerechnet (also etwa 18 Beitragspunkte). Die Maßnahmen des Rentenreformgesetzes führen jedoch etwa zu einer Halbierung des sonst zu erwartenden Beitragssatzanstieges. Altersstrukturveränderungen wirken sich auch auf die Beamtenversorgung aus,

Politische Entscheidungen richten sich nicht nur auf Veränderungen innerhalb der Institutionen, sondern wirken auch auf die Einflußfaktoren selbst. Sie beeinflussen z. B. über die Steuerung von Zuwanderung auch die demographische Entwicklung. Schließlich gibt es nicht nur zwischen den einzelnen Einflußfaktoren, sondern auch zwischen den verschiedenen Institutionen Interdependenzen (man denke z. B. an die finanzielle Verflechtung zwischen den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung und mit dem Bundeshaushalt).

Abbildung 25 verdeutlicht die angedeuteten Zusammenhänge. Es sei ausdrücklich betont, daß es sich hier nur um einen Ausschnitt aus der wesentlich komplexeren Realität handelt⁴¹⁾. Selbst die in dieser Abbildung berücksichtigten Zusammenhänge lassen sich im Rahmen dieses Berichts auch nicht annähernd erschöpfend bearbeiten. Im folgenden werden daher nur einzelne Einflußfaktoren (bzw. „Entwicklungstrends“) und Wirkungsketten erörtert, wobei sich die Auswahl an den in der Ist-Analyse behandelten Gruppen orientiert.

Die Einkommenslage alter Menschen läßt sich auf vielerlei Weise beschreiben. Ihre Beurteilung erfordert klare Kriterien. Aufgrund der zentralen Bedeutung der Alterssicherungssysteme für die materielle Lage im Alter werden hier die beiden in diesem Zusammenhang wichtigsten Ziele, die Vermeidung von Armut im Alter und das Aufrechterhalten der relativen Einkommensposition („Lebensstandardsicherung“) als Maßstab zugrundegelegt.

4.2.2 Haushaltsstruktur⁴²⁾

Ein Aspekt, der mit der demographischen Entwicklung zusammenhängt und Auswirkungen auf die materielle Situation im Alter hat, ist die Haushalts- oder Familienstruktur (vgl. Kapitel 2 „Familie und soziales Umfeld“). Bedenkt man, daß ein Großteil der Leistungen, die Frauen aus Alterssicherungssystemen erhalten, aus abgeleiteten Ansprüchen stammen, macht dies beispielsweise die Bedeutung der Ehe und zugleich des Instrumentes der Hinterbliebenenabsi-

verbunden mit erheblichen Mehrbelastungen für die öffentlichen Haushalte. Allerdings ist dies bislang nicht so offenkundig geworden, da keine gesonderten Abgaben erhoben werden, sondern die Leistungen aus dem allgemeinen Haushalt finanziert werden. Aus Modellberechnungen lassen sich z. B. für alle Sozialversicherungszweige mögliche Entwicklungen des jeweils erforderlichen Beitragsatzes ableiten (vgl. Heubeck, 1994). Allerdings ist dabei zu beachten, daß die verschiedenen Zweige untereinander auch finanziell verflochten sind.

⁴¹⁾ Für eine angemessene Analyse wäre ein empirisch gehaltvolles Modell erforderlich, in dem demographische und sozio-ökonomische Faktoren integriert sind, die institutionellen Bedingungen hinreichend genau abgebildet werden und Einflüsse auf die materielle Situation von Haushalten in differenzierter Weise abgebildet werden können.

⁴²⁾ (siehe hierzu: Paul et al., 1992)

cherung deutlich⁴³). So zeigt die Analyse der ASID '86, daß eine Reduzierung dieses Teilbereichs des Leistungsspektrums der Alterssicherungssysteme das Potential an Haushalten, die im Alter von materieller Armut betroffen wären, erhöhen würde. Denn die Frauen, die über eigene und abgeleitete Ansprüche verfügen, sind unterproportional von Altersarmut betroffen. Probleme können hier u. a. entstehen, wenn die Familienstruktur instabil wird, sich z. B. durch Scheidung oder den Tod des Hauptverdieners ändert, so daß die reduzierten abgeleiteten Ansprüche mit eventuell nur geringen eigenen Ansprüchen kumulieren⁴⁴).

Die Entwicklung der Haushaltsstruktur deutet aber an, daß mit einer Verschärfung bzw. Zunahme der hierdurch bedingten Situationen, immer in Abhängigkeit von der Arbeitsmarktlage, nicht zu rechnen ist und kein über das derzeitige Ausmaß hinausgehender Handlungsbedarf entstehen wird. Aus der heutigen Sicht läßt sich die Entwicklung der Haushaltsstruktur mittels Modellberechnungen allgemein wie folgt charakterisieren: Die durchschnittliche Haushaltsgröße der Privathaushalte wird von 2,25 Personen je Haushalt im Jahr 1990 bis auf 2,21 im Jahr 2010 zurückgehen (vgl. Paul et al., 1992, 623ff.). Dabei wird die Zahl der Haushalte zunächst von 28,175 Mio. (1990) auf 29,279 Mio. bis zum Jahr 2000 zunehmen und sich anschließend auf 28,943 Mio. im Jahr 2010 reduzieren. Betrachtet man allein die Haushalte mit einer deutschen Bezugsperson, so wird im Jahr 2010 mit 25,979 Mio. die Zahl der Haushalte unter dem Wert des Jahres 1990 mit 26,317 Mio. Haushalten liegen. Dabei kommt es zu einer strukturellen Änderung: Die Einpersonenhaushalte werden zunehmen, von 9,325 Mio. auf 9,5 Mio. (dies sind 1,9 v. H. mehr als 1990), während die Anzahl der Mehrpersonenhaushalte von 16,992 Mio. um 3,0 v. H. gegenüber 1990 auf 16,479 Mio. sinkt⁴⁵). Geht man von diesen Modellberechnungen aus, so werden die Einpersonenhaushalte vergleichsweise wenig zunehmen. Nach wie vor wird ein Großteil der Haushalte Mehrpersonenhaushalte sein.

⁴³) Es sei hier darauf hingewiesen, daß die ursprüngliche Konzeption der gesetzlichen Rentenversicherung nicht auf eine individuelle Absicherung des aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen, sondern auf eine Familienabsicherung nach dem Tod des (Haupt-) „Ernährers“ gerichtet war. Die sogenannten abgeleiteten Ansprüche erfüllen diese Funktion. Die Einkommensanrechnung im Rahmen der Hinterbliebenenabsicherung stellt allerdings eine Abkehr von der Grundkonzeption dar, da sie nicht mehr die Aufrechterhaltung des Lebenshaltungsniveaus als Ziel verfolgt, sondern nach der Bedürftigkeit ausgestaltet ist.

⁴⁴) Ein typischer Fall hierfür ist eine Frau, die aufgrund der Kindererziehung keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat und nach der Scheidung als alleinerziehende Mutter einer Erwerbstätigkeit eventuell sogar zu einer reduzierten Arbeitszeit nachgehen muß.

⁴⁵) Aber auch in der Gruppe der Mehrpersonenhaushalte treten strukturelle Veränderungen auf: Die Anzahl der Zweipersonenhaushalte wird von 8,154 Mio. auf 8,548 Mio. um 4,8 v. H. zunehmen, während bei allen anderen Haushaltsgrößen die Zahl zurückgehen wird. Dabei ist der Rückgang um so stärker, je größer der Haushalt ist: gegenüber 1990 um 8,9 v. H. bei Drei-, um 9,4 v. H. bei Vierpersonenhaushalten sowie 17,2 v. H. bei Haushalten mit fünf und mehr Personen.

In der projektierten Veränderung der Haushaltsgrößen spiegelt sich jedoch nur die demographische Entwicklung wieder: Ein Rückgang bzw. eine Konstanz der Geburtenrate bedeutet einen Rückgang größerer Haushalte. Inwieweit allerdings Verhaltensänderungen beispielsweise zu einer Verschiebung der Anteile an Ein- und Zweipersonenhaushalten führen, kann in dem verwendeten Modell nicht berücksichtigt werden⁴⁶) (vgl. Paul et al., 1992, 621). Dies wäre aber für die zukünftigen Optionen wichtig, da eine Zunahme der Einpersonenhaushalte die Notwendigkeit eigener Ansprüche erhöhen würde.

Aber nicht nur die Haushaltsgröße, sondern auch die Form des Zusammenlebens und deren Stabilität im Zeitablauf sind für die materielle Situation im Alter von Bedeutung. So existieren Haushaltsgemeinschaften, die zwar gemeinsam wirtschaften, bei denen es aber nicht zu einer gesetzlichen bzw. institutionellen Anerkennung von Ansprüchen kommt: Ein Beispiel hierfür sind eheähnliche Lebensgemeinschaften. Da die abgeleiteten Ansprüche im Rahmen der Alterssicherungssysteme am Tatbestand Ehe anknüpfen, droht für einen der Partner bei dem Auseinandergehen eheähnlicher Lebensgemeinschaften oder dem Tod des anderen u. U. eine unzureichende materielle Ausstattung im Alter. Dies gilt insbesondere dann, wenn einer der Partner nicht oder nur in geringem Umfang erwerbstätig war und somit nur geringe eigene Ansprüche erwerben konnte.

4.2.3 Arbeitsmarktentwicklung

Im folgenden wird anknüpfend an die Ausführungen des vorangegangenen 3. Kapitels „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“ auf einige der Aspekte eingegangen, die für die materielle Situation im Alter von Bedeutung sind. So beeinflusst der demographische Wandel unmittelbar das verfügbare Arbeitsangebot. Angesichts der schrumpfenden Bevölkerung ist mittel- und langfristig ein Rückgang des Erwerbspersonenpotentials zu erwarten (Grütz et al., 1993, 455, Abb. 8). Dies hat gemäß den derzeitigen Projektionen zur Folge, daß das „Arbeitsangebot früher (im Jahr 2009; d. Verf.) oder später (im Jahr 2014/15; d. Verf.) zur Gänze ausgeschöpft“ sein wird (Grütz et al., 1993, 462).

Diese Projektionen gehen von der Annahme aus, daß der demographische Wandel zwar das Arbeitsangebot, nicht aber die Arbeitsnachfrage beeinflussen wird. Da die Arbeitsnachfrage u. a. stark von den Arbeitsstückkosten abhängig ist, besteht jedoch die Gefahr, daß der demographische Wandel (über die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung) die Lohnnebenkosten und damit die Arbeitsstückkosten erhöht. Wird das nicht durch eine Kompensation bei

⁴⁶) Zu den Verhaltenskomponenten, die die Haushaltsstruktur beeinflussen, gehören Heirat, Scheidung, Auszug aus dem elterlichen Haushalt aber auch das Fertilitätsverhalten der Frauen. So legen Birg und Flöthmann, 1993, 38, Ergebnisse vor, nach denen auf der einen Seite etwa ein Drittel aller Frauen gar keine Kinder und auf der anderen Seite ein Drittel der Frauen zwei Kinder haben werden. Ein derartiges Fertilitätsverhalten ist beispielsweise in den Modellberechnungen nicht berücksichtigt worden.

anderen Kostenarten neutralisiert, besteht die Möglichkeit, daß sich im demographischen Wandel auch die Arbeitsnachfrage verringert. Arbeitslosigkeit könnte dann auch nach dem Jahr 2010 auf hohem Niveau bestehen bleiben. Neben den Effekt der Reduzierung tritt, bedingt durch die Alterung der Bevölkerung, auch eine Alterung des Erwerbspotentials, die, verglichen mit der Alterung der Bevölkerung, insgesamt sogar noch ausgeprägter ist.

Wie sich die Alterung des Erwerbspotentials auf die materielle Situation der Erwerbstätigen im Alter auswirkt, ist nicht zu beantworten. Hierzu müßte beispielsweise nicht nur bekannt sein, in welchen Wirtschaftsbereichen die Erwerbstätigen beschäftigt sein werden, wie sich in der Zukunft die Löhne entwickeln (ob beispielsweise eine Senioritätsentlohnung praktiziert wird) und in welchem zeitlichen Umfang die Erwerbspersonen tätig sind, sondern auch, wie sich der Gesundheitszustand der Personen im erwerbsfähigen Alter verändert⁴⁷⁾.

Die erwartete Erhöhung der Frauenerwerbsquote wird zunächst nicht zu einer Entlastung, sondern zu einer Verschärfung der Arbeitsmarktsituation führen. Dies kann u. a. zur Konsequenz haben, daß eine Erhöhung von Arbeitslosigkeitszeiten eintritt, mit negativen Auswirkungen auf die materielle Situation im Alter der von Arbeitslosigkeit betroffenen Haushalte. Andererseits wird sich hierdurch die materielle Situation derjenigen Haushalte im Alter verbessern, in denen eine zusätzliche Person erwerbstätig war, und es wird der Anteil der Frauen, die über eigene und abgeleitete Ansprüche verfügen, steigen⁴⁸⁾. Der Prozeß der Erhöhung der Frauenerwerbsquote könnte somit zu einer Differenzierung der Einkommenslage alter Menschen beitragen.

Weitere Aussagen über die langfristige Arbeitsmarktentwicklung sind mit einer erheblichen Unsicherheit belastet, da sie sehr stark von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung abhängen. So wird zwar gemäß den Projektionen von Grütz et al. ab dem Jahr 2009 bzw. 2014/15 mit Vollbeschäftigung gerechnet, doch bis dahin könnte es zu einer weiteren Steigerung und Verfestigung der Langzeitarbeitslosigkeit kommen. Dann reduziert sich jedoch die arbeitsmarktbedingte Diskontinuität der Erwerbstätigkeit⁴⁹⁾ infolge einer weitgehenden Ausschöpfung des Erwerbspotentials. Aufgrund der bis in das erste Jahrzehnt des nächsten Jahrhunderts reichenden ungünstigen Beschäftigungslage ist deshalb davon auszugehen, daß eine vergleichsweise hohe Anzahl an Personen diskontinuierliche Erwerbsbiographien aufweisen wird, deren materielle Situation durch die spezifischen Formen der Anrechnung derartiger „Versicherungslücken“ in den Regelsystemen mit bestimmt wird (vgl.

Fachinger, 1994, Kapitel 6). Die negativen Auswirkungen der Arbeitsmarktentwicklung durch die seit Beginn der 90er Jahre bestehende schlechte wirtschaftliche Lage werden somit nicht die gesamte Bevölkerung, sondern nur spezifische Kohorten treffen.

Ein weiterer wichtiger Faktor, der die Einkommenslage im Alter beeinflusst, ist die Arbeitszeit, die allerdings mit den demographischen Veränderungen nicht unmittelbar zusammenhängt⁵⁰⁾. Diskutiert wird als Maßnahme u. a. eine „Arbeitszeitverkürzung ohne Lohnausgleich“, um den Arbeitsmarkt zu entlasten. Die Arbeitszeit bestimmt aber in Verbindung mit dem Lohnsatz die Höhe des Erwerbseinkommens und somit die materielle Situation im Alter. Die Reduzierung der Arbeitszeit hat im Rahmen der derzeit geltenden Regelungen in der gesetzlichen Rentenversicherung folgende Wirkungen⁵¹⁾: Für die Individuen entstehen geringere Ansprüche⁵²⁾, für das System geringere Einnahmen, falls nicht zusätzlich Arbeitsplätze geschaffen werden, so daß die beitragspflichtige Lohnsumme konstant bleibt. Diesen geringeren Einnahmen von heute stehen geringere Ausgaben von morgen gegenüber. Hier zeigt sich auch, daß durch die Interdependenz der sozialen Sicherungssysteme Maßnahmen, die in einem System der sozialen Sicherung (im vorliegenden Fall der Arbeitslosenversicherung) positive, entlastende Effekte haben, in einem anderen System (der gesetzlichen Rentenversicherung) eine entgegengesetzte Wirkung entfalten können.

Die Aussagen zur Entlastung des Arbeitsmarktes durch eine Arbeitszeitverkürzung gelten aber zunächst nur bis 2010. Was danach kommt, ist unklar: Führt Flexibilisierung in Zeiten der Arbeitskräfteknappheit zu einer Verlängerung der Arbeitszeiten, so hätte dies eine entgegengesetzte Wirkung für die gesetzliche Rentenversicherung: „Heute mehr Einnahmen und morgen höhere Ausgaben“. Hinsichtlich der weiteren Entwicklung der Flexibilität von Beschäftigungsverhältnissen, zu der auch ein Wechsel zwischen den Status „abhängig beschäftigt“ und „selbständig“ gehört, liegen keine Aussagen vor. Grundsätzlich deuten die Ergebnisse der Arbeitsmarktentwicklung darauf hin, daß die Personen, die bis zum Jahr 2010 den Großteil ihrer Erwerbsbiographie zurückgelegt haben, durch die bis dahin ungünstige Arbeitsmarktlage und deren Auswirkungen auf die Möglichkeit der Einkommenserzielung, eine im Vergleich zu früheren Kohorten schlechtere materielle Versorgung im Alter haben dürften und somit stärker von Altersarmut bedroht sind. Diese Kohorten könnten nicht nur aufgrund der arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zur Reduzierung der Arbeitslosigkeit

⁴⁷⁾ So sind ein beträchtlicher Teil der von der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlten Renten Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten.

⁴⁸⁾ Dieser Personenkreis gehörte gemäß den Auswertungen der ASID '86 zu denen, die unterproportional über eine unzureichende Absicherung im Alter verfügen.

⁴⁹⁾ Hierbei handelt es sich vor allem um Langzeit- und Mehrfacharbeitslosigkeit oder auch um die unterbrochene oder beendete Erwerbstätigkeit wegen Kindererziehung bei Frauen oder Männern.

⁵⁰⁾ Zu den Auswirkungen flexibler Arbeitsformen auf die materielle Situation im Alter, siehe ausführlich Kollatz, 1991.

⁵¹⁾ Die Beamtenversorgung bleibt hiervon weitgehend unberührt, da sie aus Steuermitteln finanziert wird und die Leistungen sich nicht nach dem Lohnverlauf der Beamtinnen und Beamten richten.

⁵²⁾ Es ist nicht davon auszugehen, daß die Versicherten diesen Verlust durch eine andere Form der Altersvorsorge ausgleichen (substituieren), so daß die materielle Situation dieser von Arbeitszeitverkürzung betroffenen Personen im Alter im Vergleich zu den Vollzeitbeschäftigten schlechter sein wird.

keit mit einer vergleichsweise niedrigeren Absicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung konfrontiert sein, sondern zudem könnten durch die wirtschaftliche Entwicklung geringere Möglichkeiten der betrieblichen und privaten (Zusatz-) Sicherung bestehen. Hier sind neben den ökonomischen Faktoren die gesetzgeberischen Maßnahmen und steuerlichen Regelungen von Bedeutung, die die individuellen und betrieblichen Verhaltensweisen in bezug auf eine zusätzliche Absicherung vor allem bei Erwerbstätigen mit einer höheren Sparfähigkeit in erheblichem Ausmaß beeinflussen.

4.2.4 Zuwanderung

In diesem Abschnitt werden zwei Aspekte analysiert. Zunächst stellt sich die Frage, wie sich die materielle Situation von Zuwanderern in Zukunft entwickeln wird. Dann wird gefragt, welche Wirkungen auf die materielle Lage im Alter sich für die alten Menschen insgesamt aus einer (verstärkten und/oder gesteuerten) Zuwanderung ergeben.

4.2.4.1 Zur Entwicklung der materiellen Situation von Zugewanderten im Alter

Im Zusammenhang mit Fragen der zukünftigen materiellen Situation brauchen Asylsuchende und Flüchtlinge nicht gesondert behandelt zu werden. Sofern sie als Asylberechtigte bzw. Flüchtlinge anerkannt werden, umfassen die mit dem legalen Aufenthalt verbundenen Rechte auch die Arbeitsgenehmigung und die Zugehörigkeit zum sozialen Sicherungssystem, so daß diese Gruppe mit den Arbeitsmigranten zusammen behandelt werden kann⁵³.

Gegenwärtig leben im Ausland etwa 2,5 Mio. Deutschstämmige. Es wird damit gerechnet, daß von diesen bis zum Jahr 2000 etwa 0,9 Mio. und bis zum Jahr 2010 nochmals 0,6 Mio. Menschen als Aussiedler zuwandern werden (vgl. Schulz, 1994, 55). Für ältere Aussiedler gilt hinsichtlich der materiellen Situation das in Abschnitt 4.1.6 gesagte. Bei jüngeren Aussiedlern wird die materielle Situation entscheidend davon abhängen, wie die Integration in den Arbeitsmarkt gelingt. Insgesamt handelt es sich bei den Aussiedlern jedoch um eine verhältnismäßig kleine Gruppe.

Die zahlenmäßig bedeutendste Gruppe werden die Arbeitsmigranten sein. Bei ihnen ist hinsichtlich der materiellen Situation im Alter zwischen der ersten Generation und der zweiten sowie den Nachfolgenerationen zu unterscheiden. Dies gilt sowohl für die bereits in Deutschland lebenden Ausländer, als auch für zukünftige Zuwanderer. Erkenntnisse über die künftige materielle Situation der Arbeitsmigranten

⁵³) Probleme hinsichtlich der materiellen Situation im Alter können sich für diese Gruppe allerdings daraus ergeben, daß zwischen Antragstellung und Anerkennung als Asylberechtigter bzw. Flüchtling oftmals ein sehr langer Zeitraum liegt, der sich als Lücke in der Versichertenbiographie niederschlägt. Auch zur Vermeidung dieser Nachteile ist daher die Forderung nach einer nachhaltigen Beschleunigung der Verfahren zu unterstützen.

und ihrer Angehörigen lassen sich vor allem aus der Analyse ihrer Arbeitsmarktteilnahme und der Versichertenstruktur und der Rentenanwartschaften in der GRV gewinnen.

Ende März 1992 waren in Deutschland etwas mehr als 2 Mio. ausländische Arbeitnehmer beschäftigt, was etwa 8 v. H. aller Erwerbstätigen entsprach. Von 1980 bis 1985 war die Zahl der ausländischen Arbeitnehmer rückläufig, seitdem steigt sie wieder. Besonders hoch ist ihr Anteil in Industrie und Handwerk sowie im Baugewerbe, sehr niedrig dagegen bei Banken und Versicherungen (vgl. Sozialpolitische Umschau, Nr. 69 und 70/1994 vom 15. Februar 1994). Ausländer weisen einen im Vergleich zu Deutschen deutlich höheren Anteil von un- und angelernten Arbeitern auf (13 bzw. 30 v. H. im Vergleich zu 3 bzw. 9 v. H.), die monatlichen Bruttoverdienste liegen jedoch höher, da die effektive wöchentliche Arbeitszeit in diesen Gruppen bei den Ausländern deutlich über der der Deutschen liegt (35 bzw. 39 Stunden im Vergleich zu 25 bzw. 36 Stunden). Der Anteil von Angestellten ist weniger als halb so hoch (22 zu 46 v. H.); hier unterscheiden sich Bruttoverdienste und effektive Wochenarbeitszeit nur unwesentlich.

In der „zweiten Ausländergeneration“ (16- bis 25jährige Ausländer, die eine deutsche Schule besucht haben) haben sich die Anteile der un- und angelernten Arbeiter bei den Ausländern reduziert und den Anteilen der deutschen Vergleichsgruppe (der 16- bis 25jährigen) angenähert, sind jedoch noch immer mehr als doppelt so hoch (10 bzw. 21 v. H. im Vergleich zu 3 bzw. 8 v. H.). Hier liegen die durchschnittlichen Bruttoverdienste der Ausländer weniger deutlich über denen der Deutschen, die effektive Arbeitszeit ist annähernd gleich. Ausländer der zweiten Generation (die 16- bis 25jährigen) sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (45 im Vergleich zu 40 v. H.) als Deutsche, die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit ist länger (14 im Vergleich zu 12 Monaten)⁵⁴ (vgl. DIW, 1994, 33 f.).

Beim Schulbesuch von Deutschen und Ausländern findet seit 1970 zwar eine deutliche Annäherung statt, die Unterschiede sind jedoch noch immer erheblich: 22 v. H. der Ausländer verlassen ohne Hauptschulabschluß das Schulsystem (6 v. H. der Deutschen). Auch der Anteil der Ausländer an allen Auszubildenden ist nur etwas halb so hoch, wie ihr Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerungsgruppe (Angaben für 1991; vgl. DIW, 1994, 35 f.).

Ein Vergleich der Erwerbsquoten von Ausländern und Deutschen in den Jahren 1970 und 1989 zeigt, daß sich diese stark angenähert haben. Bei den deutschen Männern ist die Erwerbsquote 1989 gegenüber 1970 annähernd gleich geblieben (60,1 v. H. 1989, 58,0 v. H. 1970), bei den Ausländern dagegen deutlich gesunken (um knapp 17 Prozentpunkte von 80,4 auf 63,6 v. H.). Bei den deutschen Frauen lag die Erwerbsquote 1989 um annähernd 8 Prozentpunkte über der von

⁵⁴) Angaben ebenfalls für das Frühjahr 1992; Berechnungen des DIW auf der Basis des Sozio-ökonomischen Panels; vgl. ergänzend zu den arbeitsmarktbezogenen Benachteiligungen ausländischer Arbeitnehmer Rürup und Sesselmeier, 1994, 77 ff.

1970 (37,1 im Vergleich zu 29,3 v. H.), bei den Ausländerinnen ist sie dagegen fast in gleichem Ausmaß wie bei den Männern gesunken (von 54,7 auf 37,1 v. H.) (Daten aus Wirtschaft und Statistik 2/90; vgl. Rehfeld, 1991, 478).

Erhebliche Unterschiede zeigen sich allerdings in der Struktur der Erwerbstätigkeit von deutschen und ausländischen Frauen im Alter zwischen 16 und 60 Jahren in Abhängigkeit vom Alter des jüngsten Kindes. In Voll- oder Teilzeit erwerbstätig sind 19 v. H. der deutschen Frauen, deren jüngstes Kind unter 3 Jahren alt ist, bei den ausländischen Frauen nur 10 v. H. Sind die Kinder älter, gleichen sich die Anteile erwerbstätiger Frauen an, liegen aber bei den ausländischen Frauen stets unter denen der deutschen Frauen. Dies gilt auch für Frauen, die über 60 Jahre alt sind oder keine Kinder haben. Wenn ausländische Frauen erwerbstätig sind, üben sie allerdings deutlich häufiger als deutsche Frauen eine Vollzeiterwerbstätigkeit aus. Dies gilt unabhängig vom Alter des jüngsten Kindes⁵⁵⁾ (vgl. DIW, 1994, 37).

Die Befunde zur Struktur der Beteiligung am Arbeitsmarkt spiegeln sich in der GRV deutlich wider. Der Anteil der Ausländer an den Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung betrug 1989 insgesamt 8,4 v. H. (9,7 v. H. bei den Männern, 6,7 v. H. bei den Frauen). Die Anteile verteilten sich sehr unterschiedlich auf die verschiedenen Träger. Bei den Männern war der Anteil der in der ArV oder der KnV versicherten ausländischen Arbeitnehmer etwa viermal so hoch wie deren Anteil in der AnV. Bei den Frauen war der Anteil ausländischer Arbeitnehmerinnen in der ArV sogar annähernd fünfmal so hoch wie in der AnV⁵⁶⁾.

Die durchschnittlichen Jahresarbeitsentgelte der versicherungspflichtig beschäftigten Ausländer erreichten im Jahr 1989 fast das Niveau der Deutschen. In der Arbeiterrentenversicherung lagen die Durchschnittsentgelte bei den Ausländerinnen sogar über denen der deutschen Frauen. Auch die relative Einkommensverteilung der hochgerechneten Arbeitsentgelte 1989 war für ausländische und deutsche Männer und Frauen weitgehend identisch und wies keine ausländerspezifischen Problemlagen in den unteren Einkommensbereichen auf (vgl. Rehfeld, 1991, 481 ff.).

Die durchschnittlichen monatlichen Rentenanwartschaften (in DM, zum 31. 12. 1989) lagen bei ausländischen Männern und Frauen in allen Altersgruppen unter denen der jeweiligen deutschen Gruppen.

⁵⁵⁾ So beträgt z. B. der Anteil der vollzeiterwerbstätigen Frauen, deren jüngstes Kind zwischen 7 und 12 Jahren alt ist, bei den Ausländerinnen 37 v. H., bei den Deutschen dagegen nur 17 v. H. Ist das jüngste Kind 13 bis 16 Jahre alt, sind 42 v. H. der ausländischen Frauen vollzeiterwerbstätig, 17 v. H. arbeiten in Teilzeit; bei den deutschen Frauen sind die Verhältnisse umgekehrt (22 v. H. Vollzeit, 44 v. H. Teilzeit). Angaben für das Frühjahr 1992; Berechnungen des DIW auf der Basis des Sozio-ökonomischen Panels.

⁵⁶⁾ Der Anteil der ausländischen Versicherten betrug in der ArV 12,9 v. H., in der KnV 14,4 v. H., in der AnV 3,4 v. H. Bei den Frauen betragen die entsprechenden Anteilswerte in der ArV 14,4 v. H. und in der AnV 2,9 v. H.; (vgl. Rehfeld, 1991, 479; die Daten stammen aus der VDR-Statistik über Pflichtversicherte mit mindestens einem Beitrag im Berichtsjahr.

Allerdings zeigen sich deutliche alterskohorten- und geschlechtsabhängige Unterschiede. Bei den ausländischen Männern wird der Abstand zu den jeweiligen deutschen Altersgruppen in höheren Altersgruppen immer größer. Deutsche Männer weisen bei höherem Lebensalter auch höhere Rentenanwartschaften auf, bei den Ausländern ist die entgegengerichtete Tendenz zu verzeichnen. In der Altersgruppe der 30jährigen erreichen die Ausländer 95,8 v. H. der Anwartschaften der Deutschen in der gleichen Altersgruppe, in der Altersgruppe der 60jährigen dagegen nur 43,8 v. H.

Zwischen deutschen Frauen und Ausländerinnen ist der Abstand bei den Anwartschaften nur unwesentlich größer in höherem Lebensalter. Sie weisen ein ähnliches Profil auf, die Anwartschaften jüngerer Kohorten liegen deutlich über denen der älteren Kohorten. Die Anwartschaften von Ausländerinnen sind denen der deutschen Frauen in den älteren Altersgruppen näher (76,8 v. H. bei den 50jährigen, 87,4 v. H. bei den 60jährigen) als die Anwartschaften ausländischer Männer denen der deutschen Männer.

Die Ursachen für die Unterschiede in der Höhe der Anwartschaften sind für Männer und Frauen unterschiedlich. Bei den Männern zeigt sich, daß die Höhe der persönlichen Bemessungsgrundlage in allen Altersgruppen bei Ausländern niedriger ist als bei Deutschen. Doch sind die Unterschiede relativ gering in der jüngsten Altersgruppe ausgeprägt. Die Unterschiede in der Höhe der Anwartschaften zwischen Ausländern und Deutschen resultieren bei den Männern folglich eindeutig aus der wesentlich geringeren Anzahl von Versicherungsjahren der Ausländer der älteren Kohorten (z. B. 10,7 Jahre im Vergleich zu 28,3 Jahren bei den 50jährigen, 9,0 im Vergleich zu 32,4 Jahren bei den 60jährigen). Bei den Frauen zeigt sich hinsichtlich der Versicherungsjahre ein ähnliches, über die Altersgruppen insgesamt etwas gleichmäßigeres Bild. Hinsichtlich der Anzahl der Versicherungsjahre unterscheiden sich ausländische Männer und Frauen wesentlich weniger als deutsche Männer und Frauen. Daß die Anwartschaften ausländischer Frauen denen deutscher Frauen relativ nahe kommen, ist darauf zurückzuführen, daß sie in allen Altersgruppen höhere persönliche Bemessungsgrundlagen aufweisen. Die Unterschiede steigen mit zunehmendem Alter der Kohorte und betragen bei den 60jährigen 18,5 Prozentpunkte (67,3 v. H. im Vergleich zu 85,8 v. H.) (vgl. Rehfeld, 1991, 483 ff.).

Auffällig ist schließlich, daß bei den 30- und 40jährigen Ausländern die Frühverrentungsquoten in allen Versicherungszweigen und sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen deutlich über denen der gleichaltrigen Deutschen liegen. Im höheren Alter kehrt sich dieses Verhältnis jedoch um. Dies dürfte in erster Linie darauf zurückzuführen sein, daß Ausländer häufiger in gesundheitsgefährdenden Berufen arbeiten. Ältere Ausländer mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen kehren möglicherweise häufiger in ihr Herkunftsland zurück (vgl. Rehfeld, 1991, 488 ff.).

Die Analyse der Rentenanwartschaften zeigt insgesamt, daß die durchschnittlich erzielten Jahresarbeits-

entgelte in größerem Maße durch den Beruf bzw. den Versicherungszweig und das Geschlecht determiniert werden als durch die Staatsangehörigkeit. Die GRV orientiert sich (mit Ausnahme der Aussiedler) an der in Deutschland zurückgelegten Erwerbsbiographie und nicht an der Nationalität. Gegenwärtig arbeiten Ausländer vielfach länger als Deutsche und erzielen daher höhere Einkommen, die auch im Alter zu relativ höheren Rentenzahlungen führen, als sie Deutsche mit gleicher beruflicher Stellung erzielen. In dem Maß, wie sich die Arbeitszeiten ausländischer Arbeiter den kürzeren Arbeitszeiten deutscher Arbeiter angleichen, werden sich aus der niedrigeren beruflichen Qualifikation resultierende Einkommensnachteile stärker in Unterschieden der Rentenhöhe niederschlagen.

In bezug auf niedrige Qualifikation, schlechte berufliche Entwicklungschancen, Risiken bezogen auf Krankheit und Arbeitslosigkeit unterscheidet sich die zweite Ausländergeneration bisher kaum von der ersten. Die erforderliche Verbesserung der Arbeitsmarktchancen ausländischer Erwerbspersonen durch Qualifizierung ist im Hinblick auf ihre materielle Situation im Alter von zentraler Bedeutung, da sie die Voraussetzung schafft für das Erreichen höherer Rentenansprüche. Qualifizierung kann schließlich auch zu Produktivitätssteigerungen führen und damit zu einer Verbesserung der internationalen Wettbewerbsposition der Bundesrepublik beitragen.

Die Zahl der Ausländer, die nach Beendigung ihrer Erwerbstätigkeit nicht wieder in ihr Herkunftsland zurückkehrt, steigt⁵⁷⁾ (vgl. Dietzel-Papakyriakou, 1991, 37 ff.). Für die zweite Generation ist eine Rückkehr angesichts fehlender Bindungen noch unwahrscheinlicher. Daher wird in Zukunft der Anteil alter Ausländer zunehmen. Über deren gegenwärtige und zukünftige Lebens- und Einkommenssituation liegen bisher nur sehr wenig Informationen vor. Umfang und Kontinuität der Erwerbstätigkeit werden auch bei den Arbeitsmigranten maßgeblich darüber entscheiden, wie die materielle Situation im Alter gestaltet sein wird. Von zentraler Bedeutung wird außerdem die Stabilität der Familien- und Haushaltsstrukturen sein.

4.2.4.2 Auswirkungen von Nettozuwanderungen

Szenarien des DIW zur Wirtschafts- und Bevölkerungsentwicklung gehen für den Zeitraum 1993 bis 2000 von einem jährlichen Wanderungssaldo von 320 000 Menschen aus, für den anschließenden Zeitraum bis 2010 von 200 000. Soll die Einwohnerzahl in der Bundesrepublik zwischen 2010 und 2040 konstant gehalten werden (vgl. Kapitel 1 „Demographischer Wandel: Die Daten und ihre Entwicklung bis 2030“), müßte nach diesen Berechnungen der jährliche Wanderungssaldo dann 400 000 Personen betragen. Selbst diese Zuwanderung kann die Alterung der Bevölke-

⁵⁷⁾ Die wichtigsten Gründe dafür, daß die ursprüngliche Rückkehrabsicht nicht umgesetzt wird, sind die Bindung an die in Deutschland bleibenden Kinder, gesundheitliche oder finanzielle Probleme und eine Entfremdung vom Herkunftsland.

rung und den daraus resultierenden Belastungsanstieg nur verlangsamen und nicht verhindern. Die Migration verhindert zwar zunächst ein Schrumpfen der Bevölkerung bzw. des Erwerbspersonenpotentials, nicht aber die demographische Alterung der Bevölkerung. Der ist nur mit höheren Nettoerproduktionsraten zu begegnen⁵⁸⁾. (vgl. Schulz, 1994, 56 und 61).

Das DIW-Szenario verdeutlicht also, daß die verbreitete Hoffnung oder Erwartung, durch Zuwanderung könnten die Alterungsprobleme der bundesdeutschen Gesellschaft gelöst werden, in dieser Allgemeinheit unzutreffend ist. Entscheidend dafür, ob der demographisch bedingte Belastungsanstieg begrenzt werden kann, sind Alters- und Geschlechtsstruktur der Zuwandernden. Wandern überwiegend junge Menschen mit einer ausgewogenen Geschlechtsstruktur zu oder kann die Zuwanderung in diesem Sinne gesteuert werden, so können sich Entlastungseffekte ergeben⁵⁹⁾. Ein Entlastungseffekt resultiert daraus, daß Zuwanderer nicht ihre eigenen Eltern, sondern die Generation älterer Menschen im Aufnahmeland durch ihre Beiträge unterstützen. Längerfristig können Entlastungseffekte aus einer im Durchschnitt höheren Fertilität resultieren, die sich jedoch — dies zeigt die Entwicklung bei den bereits in der Bundesrepublik lebenden Zuwanderern — im Zeitablauf (bzw. in der zweiten und den nachfolgenden Generationen) der von Inländern angleichen wird.

Die Voraussetzung für diese positiven Effekte ist stets, daß Zuwanderer in den Arbeitsmarkt integriert werden können, ohne Einheimische zu verdrängen (vgl. Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“). Insbesondere mit Hinweis auf die angespannte Arbeitsmarktlage und die gesellschaftspolitischen Ziele einer Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit sowie des durchschnittlichen Rentenzugangsalters (einer Erhöhung der Erwerbsquoten Älterer) wird zumindest mittelfristig eine restriktive Zuwanderungspolitik befürwortet (vgl. Skarpolis-Sperk, 1993, 73 f.). Die Frage, ob und in welchem Ausmaß Verdrängungsprozesse auf dem Arbeitsmarkt tatsächlich stattfinden bzw. ob Ausländerbeschäftigung eher komplementären oder substitutiven Charakter hat, ist ebenso umstritten, wie ein zweiter — hinsichtlich der Bestimmung des richtigen Zeitpunktes für die Zuwanderung — wichtiger

⁵⁸⁾ Ein ähnliches Szenario — bezogen auf die Konstanzhaltung des Erwerbspersonenpotentials — entwickelt Hof, 1992. In den bis zum Zeitraum 2040 bis 2050 reichenden Modellrechnungen von Birg und Flöthmann, 1993, wird ein noch höherer bestanderhaltender Wanderungssaldo ermittelt (vgl. ebd. 79). Bemerkenswert ist, daß in den meisten Projektionen der Bevölkerungsentwicklung bzw. des Erwerbspersonenpotentials Annahmen über die Zuwanderung nur bis zum Jahr 2010 getroffen werden, nicht aber für den Zeitraum danach, wenn demographisch bedingte Verknappungstendenzen auf dem Arbeitsmarkt evident werden (vgl. die Übersicht im Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“).

⁵⁹⁾ Vgl. zu den Auswirkungen einer „günstig“ und „ungünstig“ zusammengesetzten Zuwanderungspopulation die Modellrechnungen von Dinkel und Lebok, 1993; vgl. für eine systematische Übersicht über zuwanderungspolitische Steuerungsinstrumente, Typen von Integrationspfaden und ihre Einflüsse auf die demographische Entwicklung, den Arbeitsmarkt und die öffentlichen Haushalte, Vogel, 1993.

Zusammenhang, nämlich derjenige zwischen Zuwanderung und Wachstum (vgl. Rürup und Sesselmeier, 1994, 65 ff.).

Eine gezielte Zuwanderungssteuerung, die insbesondere die arbeitsmarktbezogenen Aspekte in ihrer Ausgestaltung berücksichtigt, kann dazu beitragen, die Finanzierungslasten im Bereich der Alterssicherung aus einer Alterung der Bevölkerung zumindest vorübergehend zu senken⁶⁰). Wichtig ist, daß zu einer gezielten Zuwanderungspolitik nicht allein die mengenmäßige Steuerung nach quantitativen und/oder qualitativen Kriterien gehört, sondern auch eine rechtzeitige Anpassung staatlicher Infrastrukturprogramme. Langfristig ist insbesondere das Bildungswesen gefordert, den Zuwandernden die für eine Integration in Gesellschaft und Arbeitsmarkt notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse zu vermitteln. Eine Externalisierung der Ausbildungskosten in die Herkunftsländer ist nur begrenzt möglich, und eine solche Strategie wird auf den politischen Widerstand der Herkunftsländer stoßen („brain drain“).

Die übrigen Mitgliedstaaten der EU sehen sich einer ähnlichen demographischen Entwicklung und daher vergleichbaren Problemen gegenüber⁶¹). Selbst eine höhere Mobilität von Arbeitnehmern im Binnenmarkt wird daher vermutlich nur mit einem relativ geringen Zuwanderungspotential aus diesen Ländern verbunden sein⁶²). Der größere Teil von Zuwandernden wird aus Nicht-EU-Staaten bzw. aus dem außereuropäischen Ausland stammen. Das Zuwanderungspotential bei den Aussiedlern ist, wie erwähnt, relativ begrenzt und würde insbesondere im Zeitraum nach 2010 wenig zur Deckung eines Zuwanderungsbedarfs beitragen können. Außerdem bringen Aussiedler bereits Ansprüche an das deutsche Sicherungssystem mit und bewirken daher keine finanzielle Entlastung.

Hinsichtlich der Wirkungen auf die Einkommenslage im Alter können folgende Hypothesen gebildet werden:

- Wenn die Zuwanderer vorwiegend als junge Arbeitsmigranten nach Deutschland kommen, können für sie lange Erwerbstätigkeitsphasen unterstellt werden, so daß sie keine besondere Problemgruppe darstellen.
- Werden sie allerdings überwiegend in gering qualifizierten und niedrig entlohnten Tätigkeiten beschäftigt, weisen also in ähnlicher Weise wie die heute in der Bundesrepublik arbeitenden Ausländer eine Kumulation von Nachteilen bei den arbeitsmarktbezogenen Strukturmerkmalen auf, so resultieren daraus entsprechend relativ niedrige Rentenanwartschaften.

⁶⁰) Die Weichen für eine solche Politik sind bereits heute zu stellen, auch wenn ein Einwanderungsbedarf erst in 15 oder 20 Jahren akut wird (vgl. Klose, 1994, 8f. zu den Kernpunkten einer administrativ flexiblen und politisch tragfähigen Zuwanderungsgesetzgebung).

⁶¹) Vgl. zur demographischen Entwicklung und zum Einwanderungsbedarf in der EU, Schmidt und Chruszcz, 1994.

⁶²) Dies gilt dann umso eher, wenn bei einer weiteren Angleichung der Lebensbedingungen in den Mitgliedstaaten der EU auch die Attraktivität Deutschlands als wohlhabendes „Hochlohnland“ schwindet.

— In dem Maße, wie sich zuwandernde Ausländer in ihrem generativen Verhalten bzw. bei den Familien- und Haushaltsstrukturen der einheimischen Bevölkerung anpassen, wird sich auch eine hinsichtlich der Risikogruppen vergleichbare Struktur herausbilden.

— Eine Zuwanderung von vor allem jungen Menschen, die in den Arbeitsmarkt integriert werden, kann dazu führen, daß der — nach dem Muster der Rentenreform 1992 — auf Beitragszahler, Leistungsempfänger und den Staat zu verteilende Belastungsanstieg in der GRV vermindert wird. Eine relativ geringere Beitragsbelastung der Aktiven erhöht ceteri paribus die Fähigkeit zur individuellen Vorsorge. Über die Nettoanpassung wirkt sich ein geringerer Beitragsatzanstieg auch positiv auf das Nettorentenniveau in der GRV aus.

4.2.5 Entwicklung der Vermögen privater Haushalte

Die private Sparquote (Netto-Ersparnis in Prozent des verfügbaren Einkommens) war in den alten Bundesländern Anfang der 70er Jahre auf über 14 v. H. gestiegen. Nach einer Phase niedrigerer Quoten zwischen 1975 und Ende der 80er Jahre hat die private Ersparnis Anfang der 90er Jahre dieses im internationalen Vergleich hohe Niveau fast wieder erreicht⁶³). Die aus eigenen Ersparnissen gebildeten Geld- und Sachvermögen nahmen in den letzten 20 Jahren um gut die Hälfte stärker zu als die verfügbaren Einkommen. Bis Ende 1992 wuchs das gesamte private Anlagevolumen auf 3,4 Billionen DM. Abzüglich der Finanzaktiva der privaten Organisationen (etwa 140 Mrd. DM) ergibt sich für die privaten Haushalte in den alten Bundesländern rein rechnerisch ein Durchschnittsvermögen von 110 000 DM. Informationen zur Verteilung des Gesamtvermögens liegen nicht vor, doch dürfte die Streuung angesichts der Konzentration bestimmter Anlageformen, wie z. B. des Aktienbesitzes in Haushalten mit hohem Einkommen, beträchtlich sein.

Bei der Geldvermögensbildung privater Haushalte haben sich seit den 50er Jahren erhebliche Umschichtungen ergeben. Der Anteil, der auf Banken entfallenden Geldanlagen, hat sich auf ein Drittel reduziert und damit annähernd halbiert (von knapp 60 v. H. 1950/59 auf 33 v. H. 1990/92). Anstelle von Spareinlagen sind Termingelder inzwischen die wichtigste Anlageform. Auch der Anteil der bei Bausparkassen angelegten Gelder hat sich auf etwa ein Viertel des Wertes von 1950/59 reduziert (1,4 v. H. 1990/92, 7,8 v. H. 1950/59). Erhöht hat sich der Anteil bei Versicherungen (von 14,4 v. H. auf 25 v. H.) und vor allem in Wertpapieren (darunter überwiegend Rentenwerte), auf die 1990/92 — wie auf die Bankeinlagen — ebenfalls etwa ein Drittel des gesamten Anlagevolumens entfiel (der Anteil hat sich von 6,7 v. H. 1950/59 auf 32,8 v. H. 1990/92 annähernd verfünffacht).

⁶³) Vgl. zu diesen und den folgenden Angaben zur Vermögensentwicklung privater Haushalte, sofern nicht anders angegeben, Deutsche Bundesbank, 1993b.

Erst mit einer zeitlichen Verzögerung schlagen sich die veränderten Anlagepräferenzen auch in den Vermögensbeständen nieder. Auf Einlagen bei Banken entfiel daher 1992 noch immer der größte Anteil des Geldvermögens in den alten Bundesländern (47 v. H., etwa 1,6 Billionen DM, in den 60er Jahren 60 v. H.), gefolgt von Ansprüchen aus privaten Lebensversicherungen und betrieblichen Pensionszusagen (30 v. H., etwa 1 Billion DM) sowie Wertpapieren (23 v. H., etwa 800 Mrd. DM).

Aus dem Geldvermögen der Privathaushalte in den alten Bundesländern wurden 1992 Erträge in Höhe von 173 Mrd. DM (vor Steuerabzug) erzielt, was einer durchschnittlichen Rendite von 5,9 v. H. und einem Anteil am Volkseinkommen von 8,3 v. H. (1970 nur 3,9 v. H.) entspricht. Ein großer Teil der Geldvermögenserträge wird wieder angelegt. 1992 entsprachen Zinsen und Dividenden etwa 80 v. H. des neu gebildeten privaten Geldvermögens, so daß davon ausgegangen werden kann, daß die wachsende private Ersparnis auf längere Sicht auch eine Folge der Selbstalimentation durch steigende Erträge ist.

Die EVS für 1988 weist aus, daß nahezu alle Haushalte über Sparguthaben, zwei Drittel über Lebensversicherungen, zwei Fünftel über Bausparguthaben und ein Drittel über Wertpapiere verfügten. Fast die Hälfte aller Haushalte besaß Haus- und Grundvermögen, dessen Wert fast 5 Billionen DM betragen dürfte⁶⁴). Der Wert des Vermögens in den alten Bundesländern an langlebigen Gebrauchsgütern betrug nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Ende 1992 etwa 1 Billion DM (nach Abzug von Abschreibungen).

Dem Geld- und Sachvermögen standen Ende 1992 Verpflichtungen in Höhe von 1,3 Billionen DM gegenüber. Rein rechnerisch betrug die private Verschuldung in den alten Bundesländern 40 000 DM je Haushalt, in den neuen Bundesländern 6 000 DM. Allerdings ist ein großer Teil der Haushalte völlig schuldenfrei, so daß die Durchschnittsbeträge bei den tatsächlich verschuldeten Haushalten deutlich höher liegen dürften.

Die Vermögensbilanz der Haushalte in den alten Bundesländern weist Ende 1992 ein Gesamtvermögen von 9,5 Billionen DM aus, das zu zwei Dritteln aus Sach- und zu einem Drittel aus Geldvermögen besteht⁶⁵). Abzüglich der Verpflichtungen ergibt sich ein Reinvermögen von knapp 8,3 Billionen DM, viermal so viel wie das gesamte verfügbare Einkommen (Anfang der 70er Jahre war es erst das Dreifache). Dies entspricht weitgehend den Verhältnissen in anderen Industrieländern, d. h. die durch Krieg und Währungs-

reform eingetretenen Vermögensverluste sind inzwischen kompensiert.

Zur Beurteilung der zukünftigen Entwicklung der Vermögen und davon ausgehender Wirkungen auf die materielle Situation im Alter ist neben diesen Informationen, die das Gesamtvolumen und dessen Struktur beschreiben, die Kenntnis der Verteilung von Vermögen auf die einzelnen Haushalte wichtig. Allerdings ist die Datenlage zur Erfassung der individuellen Vermögen und ihrer Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland sehr dürftig. Auswertungen der Einkommens- und Verbrauchsstichproben liefern hier nur erste Anhaltspunkte, da Haushalte mit einem Nettoeinkommen von über 25 000,— DM je Monat nicht erfaßt werden und die Vermögensverteilung eine sehr starke Konzentration aufweist (vgl. Schломann, 1993, 71; Lang, 1994, 48). Darüber hinaus bleiben in der EVS Haushalte mit einem ausländischen Haushaltsvorstand unberücksichtigt. Von daher sind Aussagen über die zukünftige Entwicklung der Vermögen von privaten Haushalten mit sehr großen Unsicherheiten verbunden. Dies um so mehr, als sich die Aussagen auf die Bundesrepublik Deutschland vor dem Beitritt der fünf neuen Bundesländer beziehen. Dies ist auch bei den Modellberechnungen von Lang (1994) zu berücksichtigen.

In der Vergangenheit war die Vermögenskonzentration „langfristig ... relativ stabil und im Vergleich zur Situation vor dem zweiten Weltkrieg eher auf einem geringeren Niveau.“ (Schlomann, 1993, 72) Ob diese Stabilität auch in Zukunft bestehen bleiben wird, hängt sehr stark von den Verhaltensweisen der Erben ab. So erwähnt Schломann zwei Verwendungsarten ererbten Vermögens: „einerseits ein Aufschlag auf das schon vorhandene Vermögen, andererseits der weitgehende Verbrauch innerhalb eines überschaubaren Zeitraums.“ (Schlomann, 1993, 80) Da die zweite Verwendungsart insbesondere bei jungen Menschen und Einpersonen-Haushalten zu beobachten ist, könnte dies als Indiz für eine Veränderung der Sparbereitschaft und der Vermögensbildung in der Gesellschaft gewertet werden⁶⁶) (vgl. Schломann, 1992, 294). Hiervon wären in der Zukunft Auswirkungen auf die Konzentration der Vermögen, auf die Höhe der Kapitalbildung und des Konsums in der Volkswirtschaft zu erwarten, so daß eine einfache Fortschreibung der bisherigen Entwicklung die zukünftige Situation nur sehr unvollständig abbilden würde.

Aus diesen Überlegungen könnte die Folgerung gezogen werden, daß nach wie vor die meisten Haushalte allenfalls über geringe Vermögen verfügen bzw. auch in der Zukunft mit geringen Erbschaften zu rechnen haben. Dies gilt auch, wenn man sich auf die Modellrechnungen von Lang (1994) bezieht und die Ergebnisse der Projektionen betrachtet, in denen versucht wird, die Vermögensentwicklung einer Teilpopulation unter stark vereinfachenden Annahmen zu beschreiben. Selbst bei einem Vermögensbestand von

⁶⁴) Zu Anschaffungspreisen bewertet, beträgt das private Wohnungsvermögen etwa 2,5 Billionen DM, doch wird damit der aktuelle Wert weit unterschätzt. Die Berücksichtigung von Wertsteigerungen — in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung durch Marktpreise für Neubauten — weist eine Reihe von methodischen Schwierigkeiten auf. Daher steht die Vermögensangabe unter einem gewissen Vorbehalt.

⁶⁵) In den USA und Großbritannien ist der Anteil des Geldvermögens deutlich höher aufgrund höherer Geldanlagen in Beteiligungswerten sowie bei Pensionskassen, auf die dort bis zur Hälfte der privaten Finanzaktiva entfällt.

⁶⁶) Wichtig wäre hier zu wissen, aus welchem Grunde und für welche Güter die ererbten Vermögen verbraucht werden, ob beispielsweise die Ein-Personen-Haushalte einen Teil dazu verwenden, zusätzliche Bedarfe in Folge einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit zu decken.

155 000 DM bei Renteneintritt⁶⁷⁾ (vgl. Lang, 1994, 86) für ein „durchschnittliches Ehepaar“ und einer Verzinsung von 4,8 v. H. ergibt sich ein monatliches Einkommen aus Kapitaleinkünften in Höhe von 620 DM. Eine die Leistungen aus den gesetzlichen Regelsystemen der Alterssicherung ersetzende Funktion können die zu erwartenden Erbschaften nicht erfüllen. Wenn überhaupt, so könnten die Einkommen aus den angesparten Vermögensbeständen — wie bisher — zur Aufrechterhaltung des Lebensstandards für die Personenkreise dienen, deren Alterseinkünfte zum überwiegenden Teil nicht aus den Regelsystemen fließen, weil sie u. a. Erwerbseinkommen erzielten, die oberhalb der Beitragsbemessungsgrenzen lagen, oder die zum erheblichen Teil selbständig für eine angemessene Lebenssituation im Alter sorgen müßten, da sie nicht oder über längere Phasen ihres Erwerbslebens von einem Regelsystem erfaßt wurden. Dies deutet sich trotz der z. T. stark vereinfachenden und von Verhaltensänderungen abstrahierenden Annahmen auch in den Modellanalysen von Lang an⁶⁸⁾ (vgl. z. B. Lang, 1994, 63, Graph. 2.14).

4.2.6 Gesundheit

Von entscheidender Bedeutung für die materielle Situation im Alter ist der Gesundheitszustand (vgl. auch die Ausführungen in Kapitel 7 „Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung“). Verbesserungen von Arbeitsschutz und den individuellen Erfordernissen der Beschäftigten möglichst gut angepaßte Arbeitsbedingungen sorgen letztlich auch für eine bessere Einkommenslage im Alter, weil sie die Voraussetzungen dafür schaffen, tatsächlich bis zum Erreichen der Altersgrenze erwerbstätig zu sein und Ansprüche in der GRV und/oder anderen Alterssicherungssystemen zu erwerben bzw. Teile des Erwerbseinkommens für die private individuelle Vorsorge zu verwenden. Entsprechende Maßnahmen dürfen nicht erst im Alter ansetzen, indem etwa (wegen ihrer potentiell diskriminierenden Wirkung umstrittene) „Schonarbeitsplätze“ für ältere Arbeitnehmer geschaffen werden. Arbeitsschutz und Arbeitsbedingungen sind vielmehr so zu gestalten, daß sie während des gesamten Erwerbslebens das Risiko berufsbedingter Erkrankungen und dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen minimieren. Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen während der Erwerbstätigkeitsphase können sich positiv auf die

⁶⁷⁾ Es wird hier, abweichend von Lang, der Zeitpunkt des Renteneintritts und nicht die Alterskategorie 70–74 Jahre als Kriterium zur Beurteilung der Vermögenshöhe gewählt, da über die nach Beendigung der Erwerbstätigkeit getätigten Konsumentscheidungen in Anbetracht der sich ergebenden Bedarfänderungen keine Aussagen getroffen werden können. Eine einfache Fortschreibung des während der Erwerbstätigkeit beobachtbaren Spar- und Konsumverhaltens dürfte allein schon aufgrund des sich ändernden Zeitbudgets die Entwicklung nicht adäquat abbilden.

⁶⁸⁾ In der Abbildung sind die im Jahre 2020 empfangenen Erbschaften dargestellt. Es zeigt sich eine überproportionale Zunahme der Erbschaftsvolumina mit steigendem Nettoerwerbseinkommen, in der die Bedeutung der Vermögenseinkünfte für Personen in der Nacherwerbsphase deutlich wird, die während der Erwerbstätigkeit höhere Einkommen erzielt haben.

materielle Situation im Alter auswirken, indem sie dazu dienen, eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit zu vermeiden und die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu fördern⁶⁹⁾ (vgl. Ruland, 1994, 221).

Im Alter selbst hängt die Einkommenslage — hier definiert als freie Verfügung über Einkünfte — ebenfalls entscheidend vom Gesundheitszustand ab. Altersbedingte Aufwendungen für bestimmte Dienstleistungen (Versorgung, Pflege etc.) können erhebliche Einkommensteile binden. Dank des medizinischen Fortschritts und der besseren Lebensbedingungen sind die Voraussetzungen für einen möglichst langen Erhalt der Gesundheit im Alter heute besser als noch vor wenigen Jahrzehnten. Erweiterte Möglichkeiten zur gezielten Prävention, gesunde Lebensführung und Vorsorgeuntersuchungen, aber auch eine altengerechte Rehabilitation können die Lebensbedingungen bzw. die Lebensqualität im Alter verbessern (vgl. Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, 22 ff. sowie speziell zur Rehabilitation im Alter, Niederfranke, 1993). Sie tragen in dem Maße zu einer Verbesserung der materiellen Situation im Alter bei, wie weniger individuelle und gesamtwirtschaftliche Ressourcen für die Behandlung von Krankheiten sowie für Versorgungs- und Pflegedienstleistungen verausgabt werden müssen.

Der Anstieg des Anteils alter und vor allem sehr alter Menschen an der Gesamtbevölkerung führt tendenziell zu einem Anstieg der Kosten für die medizinische Versorgung und für die Pflege⁷⁰⁾. Eine Selbstbeteiligung an den Kosten für Arzneimittel und medizinische Leistungen ist bereits eingeführt und wird in den nächsten Jahren tendenziell eher steigen bzw. nur um den Preis reduzierter Leistungskataloge konstant gehalten werden können. Auch eine Pflegeversicherung wird die im Pflegefall entstehenden Kosten nur zu einem Teil decken können. Das Aufrechterhalten des heutigen Standards der medizinischen Versorgung und die im Alter im Falle der Pflegebedürftigkeit anfallenden Kosten werden große Teile des Einkommens einzelner oder gar ihr gesamtes Einkommen in Anspruch nehmen können⁷¹⁾.

4.2.7 Exkurs: Die Entwicklung in den neuen Bundesländern

Die bisherigen Ausführungen zu den Einflußfaktoren und Trends gingen (implizit) von einer einheitlichen Entwicklung für das gesamte Bundesgebiet aus. Gegenwärtig bestehen aber erhebliche Unterschiede

⁶⁹⁾ Eine verbesserte Integration leistungsgeminderter Versicherter in das Erwerbsleben wird neben einer Reform der Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten als ein wichtiges Element eines ausgewogenen Risikoabgrenzung zwischen Renten- und Arbeitslosenversicherung bezeichnet.

⁷⁰⁾ Vgl. zur Vorausschätzung der Kostenentwicklung in der GKV, insbesondere auch des auf über 60jährige entfallenden Anteils an den gesamten Kosten, Dudey, 1993.

⁷¹⁾ Die geplante Pflegeversicherung wird zwar den Anteil der sozialhilfeabhängigen Rentner reduzieren, die Zahl der „Taschengeldempfänger“ unter den Pflegebedürftigen insbesondere bei stationärer Pflege aber kaum verringern. Vgl. zur Entwicklung der Heimkosten im Zeitraum von 1976 bis 1991, Borchert 1993, 218).

zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Diese werden im folgenden kurz beschrieben und daraufhin untersucht, welche langfristig wirksamen Effekte bzw. Unterschiede sich ergeben könnten. Vier Aspekte werden erläutert: Die Arbeitsmarktentwicklung, die Annäherung der wirtschaftlichen bzw. der Einkommensverhältnisse in den neuen und den alten Bundesländern, die Annäherung der Renten- und übrigen Alterseinkommen sowie die Entwicklung der materiellen Situation im Alter insbesondere von Frauen.

Die Wirtschaft der DDR war durch eine im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland deutlich niedrigere Arbeitsproduktivität und einen sehr hohen Beschäftigungsstand gekennzeichnet. Der Prozeß der Anpassung an marktwirtschaftliche Bedingungen hat zu einem starken Rückgang der Beschäftigung geführt, die Zahl der Erwerbstätigen verringerte sich allein im Zeitraum 1988/89 bis 1992 von 9,5 auf 6,5 Mio. In der Industrie der neuen Bundesländer ging bisher etwa die Hälfte aller Arbeitsplätze verloren, in der Landwirtschaft arbeiteten 1992 sogar zwei Drittel weniger Personen als vor der Wiedervereinigung⁷²⁾.

Nachdem im zweiten Halbjahr 1993 für die Erwerbstätigkeit in den neuen Bundesländern Stabilisierungstendenzen erkennbar wurden, die sich u. a. in einer leichten Zunahme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten niederschlugen (um 17 000 von 5,584 Mio. im März auf 5,601 Mio. im September 1993; ohne geringfügig Beschäftigte, Selbständige und Beamte), hat sich die Arbeitslosigkeit zum Beginn des Jahres 1994 noch einmal deutlich erhöht. Sie stieg im Januar 1994 gegenüber dem Vormonat per Saldo um 118 000 auf 1,293 Mio. an, die Arbeitslosenquote stieg auf 17,0 v. H. (im Januar 1993 lag sie bei 15,7 v. H.) (vgl. Sozialpolitische Umschau Nr. 59/1994 vom 15. Februar 1994).

Besonders hart von der Arbeitslosigkeit betroffen sind Frauen. Ihr Anteil an den Arbeitslosen betrug im Januar 1994 62,6 v. H.; die Arbeitslosenquote der Frauen ist etwa doppelt so hoch wie die der Männer. Viele Frauen dürften inzwischen darüber hinaus aufgrund der schlechten Arbeitsmarktbedingungen und verschlechterter Rahmenbedingungen (vor allem bei der Kinderbetreuung) vorübergehend oder auf Dauer aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sein. Die Bundesanstalt für Arbeit schätzt den Umfang der Stillen Reserve, gemessen an den registrierten Arbeitslosen, auf ein Drittel.

Das tatsächliche Ausmaß der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern wurde und wird durch eine Reihe von beschäftigungspolitischen Maßnahmen verdeckt. Dies waren in den Jahren 1990 und 1991 vor allem das Kurzarbeitergeld (einschließlich „Kurzarbeit Null“) und seit Mitte 1991 zunehmend und vor allem während des Jahres 1992 in großem Umfang Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) und berufliche Weiterbildung. Das Kurzarbeitergeld wurde in

⁷²⁾ Vgl. zu diesen und den folgenden Angaben zur Beschäftigungsentwicklung, sofern nicht anders angegeben, Deutsche Bundesbank, 1993 a.

der Spitze im Frühjahr 1991 an fast zwei Millionen Beschäftigte gezahlt, hat sich allerdings bis Mitte 1993 auf etwa 150 000 Empfänger reduziert. ABM und Weiterbildungsmaßnahmen erreichten ihre größte Ausdehnung im zweiten Halbjahr 1992 mit über 900 000 Personen. Mitte 1993 befanden sich noch etwa 230 000 Personen in ABM und etwa 380 000 in der beruflichen Weiterbildung.

Inzwischen sind die Maßnahmen einer aktiven Arbeitsmarktpolitik zurückgegangen. Ende Januar 1994 befanden sich noch 279 000 Personen in einer beruflichen Weiterbildung, die Zahl der monatlichen Neuanmeldungen war auf 8 500 zurückgegangen (im gleichen Monat des Vorjahres noch 31 700). Die Zahl der in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen geförderten Arbeitnehmer hatte sich auf 222 900 reduziert (davon etwa 30 v. H. über § 249h AFG, Umwandlung von Lohnersatzleistungen in Lohnkostenzuschüsse für Maßnahmen der Verbesserung der Umwelt, der sozialen Dienste und der Jugendhilfe⁷³⁾) und 115 900 Beschäftigte waren in Kurzarbeit (vgl. Sozialpolitische Umschau Nr. 59/1994 vom 15. Februar 1994). Von den genannten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen werden Frauen in den neuen Bundesländern erheblich weniger erfaßt als Männer. So betrug im Juni 1992 der Anteil der Frauen an den Arbeitslosen 63,6 v. H., ihr Anteil an Arbeitsvermittlungen dagegen nur 43 v. H., bei Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen 41,9 v. H.⁷⁴⁾ (vgl. Sozialreport 1993, 79).

Eine zentrale arbeitsmarktpolitische Maßnahme in den neuen Bundesländern bilden Vorruhestandsleistungen. Von der bis Herbst 1990 geltenden Vorruhestandsregelung hatten über 400 000 Arbeitnehmer Gebrauch gemacht. Im Anschluß an diese Regelung bestand die Möglichkeit, nach Vollendung des 55. Lebensjahres aus dem Erwerbsleben auszuscheiden und bis zum Erreichen des Rentenalters Altersübergangsgeld zu beziehen. Bis Ende 1992 haben mindestens 650 000 Personen diese Möglichkeit genutzt. Im Januar 1994 bezogen noch 582 600 Personen Altersübergangsgeld, die Zahl der Empfänger von Vorruhestandsgeld betrug noch 164 500 (damit bezogen insgesamt 104 000 Personen weniger als im Juli 1993 Vorruhestandsleistungen) (vgl. Deutsche Bundesbank, 1993 a; Sozialpolitische Umschau, Nr. 59/1994 vom 15. Februar 1994).

Der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern wird vor dem Hintergrund der Systemtransformation und der damit verbundenen Auflösung von Absatzmärkten, der Änderung von Nachfragepräferenzen usw. eher ein struktureller als ein konjunktureller Charakter zugewiesen. Damit hängt es nicht nur von einer baldigen konjunkturellen Erholung im In- und Ausland, sondern in stärkerem Maße von der Beendi-

⁷³⁾ Vgl. zur Arbeitsförderung in den neuen Bundesländern durch den § 249 h AFG, Schmidt 1993 und Weiland, 1994.

⁷⁴⁾ Daß die Beteiligung von Frauen an Umschulungen etwa dreimal so hoch ist, wie ihre Beteiligung an Fortbildungsmaßnahmen, deutet darauf hin, daß sie in sehr hohem Maße zu einer grundsätzlichen beruflichen Neuorientierung gezwungen sind, um überhaupt im Arbeitsmarkt bleiben zu können; (vgl. Sozialreport 1993, 112f.)

gung des Umstrukturierungs- und Konsolidierungsprozesses der Wirtschaft in den neuen Bundesländern ab, in welchem Ausmaß sich aus einer langanhaltenden Massenarbeitslosigkeit Auswirkungen auf die Einkommenssituation im Alter ergeben.

Wenn über die arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen eine dauerhafte Eingliederung in den Arbeitsmarkt gelingt, können dadurch negative Auswirkungen auf die Einkommenssituation im Alter begrenzt werden. Besonders benachteiligt dürfte die Altersgruppe der heute etwa 40- bis 55jährigen sein, denen — trotz arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen oder weil sie an solchen Maßnahmen nicht (mehr) teilnehmen (können) — die Integration in den Arbeitsmarkt nicht oder nur unvollkommen gelingt.

Langfristig werden sich die Erwerbsquoten in den neuen und den alten Bundesländern angleichen, die Arbeitsmarktbilanz wird bei einem insgesamt sehr ähnlichen Verlauf in den neuen Bundesländern sogar geringfügig früher ausgeglichen sein als in den alten Bundesländern⁷⁵⁾ (vgl. Grütz et al., 1993, 458ff.).

In Abschnitt 4.1.5 wurde gezeigt, daß sich bei den laufenden Renten in den vergangenen drei Jahren bereits eine starke Annäherung der neuen an die alten Bundesländer vollzogen hat und einzelne Gruppen von Rentnern in den neuen Bundesländern bereits heute höhere Renten beziehen als vergleichbare Gruppen in den alten Bundesländern. Dies wird für die sich bereits in der Rentenphase befindenden und für die rentennahen Jahrgänge auch nach dem Abschmelzen der aus Gründen des Vertrauensschutzes gewährten Auffüllbeträge der Fall sein und ist im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß die Rentner und Rentnerinnen in den neuen Bundesländern bei den in die Berechnung der Rente eingehenden individuellen Faktoren höhere Werte aufweisen als die Rentner und vor allem die Rentnerinnen in den alten Bundesländern. Diese Besserstellung bezieht sich allerdings ausschließlich auf GRV-Renten. Diese bilden für die Rentner in den neuen Bundesländern gegenwärtig praktisch die einzige Einkommensquelle im Alter. In welchem Zeitraum sich auch das in die Rentenberechnung eingehende nicht-individuelle Element, der aktuelle Rentenwert (mit dem zur Ermittlung der Rente die Summe der Entgeltpunkte multipliziert wird), angeglichen haben wird, hängt von der Lohnentwicklung in den neuen Bundesländern ab. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben 1993 die durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste der vollzeitbeschäftigten Arbeiter und Angestellten in der Industrie der neuen Bundesländer mit 2 989 DM um 16,9 v. H. über dem Jahresdurchschnitt 1992 gelegen und 65,7 v. H. des Niveaus der alten Bundesländer erreicht. Am weitesten fortgeschritten war die Angleichung im öffentlichen Dienst (89 v. H. des Niveaus der alten Bundesländer) und im Baugewerbe (77 v. H.), das Schlußlicht bildeten Landwirtschaft (57 v. H.) und Industrie (54 v. H.) (vgl. Sozialpolitische Umschau Nr. 117 und 118 vom 14. März 1994). Die

⁷⁵⁾ sowie die Übersicht über die von IAB, DIW und Prognos prognostizierten Erwerbsquoten im voranstehenden Kapitel „Wirtschaft und Arbeitswelt“.

Tarifeinkommen erreichten im vergangenen Jahr bereits 80 v. H. des Niveaus der alten Bundesländer (vgl. Sozialpolitische Umschau Nr. 133 vom 21. März 1994).

Als ein deutliches Zeichen für die Wirksamkeit der wirtschaftspolitischen Maßnahmen und ein „Aufholen“ der neuen gegenüber den alten Bundesländern kann gewertet werden, daß nach vorläufigen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes die Investitionsintensität (gemessen anhand der Bruttoanlageinvestitionen je Erwerbstätigen) im Jahr 1993 in den neuen Bundesländern erstmals größer war als in den alten Ländern (vgl. Sozialpolitische Umschau Nr. 73/1994 vom 21. Februar 1994). Auch wenn die Unwägbarkeiten der Konjunktur- und Beschäftigungsentwicklung eine exakte Vorhersage nicht zulassen, kann jedenfalls davon ausgegangen werden, daß sich das Einkommensniveau in den neuen und alten Bundesländern mittelfristig angleichen werden. Da für die Berechnung der Anwartschaften in den neuen Bundesländern eigene, niedrigere Bezugsgrößen zugrundegelegt werden, ergeben sich für dort Beschäftigte während des Angleichungsprozesses keine spezifischen Nachteile gegenüber den Rentnern in den alten Bundesländern hinsichtlich der relativen Höhe der erworbenen Rentenanswartschaften⁷⁶⁾. Nach Abschluß des Angleichungsprozesses möglicherweise fortbestehende regionale Unterschiede in der Höhe der durchschnittlichen Einkommen sind ein auch in den alten Bundesländern zu beobachtendes Phänomen⁷⁷⁾. Ob sich für die neuen Bundesländer insgesamt ein Niveau herausbilden wird, wie es für strukturschwache Regionen in den alten Ländern typisch ist, wird maßgeblich von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängen und läßt sich für einen soweit in der Zukunft liegenden Zeitpunkt wie das Jahr 2030 nicht vorhersagen.

Die Modellrechnungen der Bundesregierung zur Angleichung der Renten in den alten und neuen Bundesländern haben ergeben, daß der aktuelle Rentenwert in den neuen Bundesländern bei einer halbjährlichen Anpassung jeweils zum 1. Januar und zum 1. Juli eines Jahres im Juli 1997 83,2 v. H. des aktuellen Rentenwerts der alten Bundesländer erreicht haben wird, bei einer jährlichen Anpassung (zum 1. Juli) 86,6 v. H.⁷⁸⁾. Die durchschnittlichen monatlichen Rentenzahlbeträge werden bei jährlicher Anpassung einschließlich Vertrauensschutz (Auffüllbeträgen) im Juli 1997 bei den Männern 101,8 v. H., bei den Frauen sogar 138,8 v. H. der durchschnittlichen Rentenzahlbeträge in den alten Bundesländern erreichen (ohne Auffüllbeträge, d. h. bei ausschließlich auf dem SGB VI basierenden Ansprüchen, werden 98,2 v. H. bzw. 115,1 v. H. erreicht). Bei halbjährlicher Anpassung betragen die Anteilswerte

⁷⁶⁾ Ihre relative Lohnposition bzw. ihre Entgeltpunkte bemessen sich im Verhältnis zu den in den neuen Bundesländern gezahlten Löhnen.

⁷⁷⁾ Vgl. eine Übersicht über die relative Höhe von Löhnen und Gehältern in den alten Bundesländern im Oktober 1991 in: Sozialbeirat 1992, 194.

⁷⁸⁾ Der niedrigere Wert bei der halbjährlichen Anpassung ergibt sich, weil der Auffüllbetrag ab 1. Januar 1996 abgeschmolzen wird und bei häufigerer Anpassung entsprechend stärker reduziert wird.

für Männer 96,9 v. H. mit und 94,4 v. H. ohne Auffüllbeträge, bei den Frauen 130,8 v. H. bzw. 110,7 v. H.⁷⁹⁾ (vgl. Berntsen und Bloßfeld, 1993, 12ff.).

Weniger umfassend und zügig dürfte der Angleichungsprozeß jedoch im Hinblick auf die Zusammensetzung der Alterseinkommen nach Einkunftsarten verlaufen. So hat es in der DDR kaum betriebliche Altersversorgungseinrichtungen gegeben. Aus der Übertragung der bundesrepublikanischen Wirtschafts- und Sozialordnung auf die neuen Bundesländer folgt zwar, daß auch die Rolle der betrieblichen Altersversorgung als Ergänzung der gesetzlichen Rentenversicherung und der Versorgungsbedarf grundsätzlich analog zu den alten Bundesländern zu sehen sind. Zur Annäherung der Lebensverhältnisse gehören auch ähnliche Strukturen der betrieblichen Altersversorgung in den neuen und alten Bundesländern. Während sich diese Annäherung für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes ohne größere Schwierigkeiten vollziehen sollte⁸⁰⁾, scheint in der Privatwirtschaft die Einführung einer betrieblichen Altersversorgung bisher nur sehr schleppend in Gang zu kommen. Kennzeichnend für die gegenwärtige Lage in den neuen Bundesländern ist z. B., daß gerade die Branchen, die in den alten Bundesländern traditionellerweise einen hohen Versorgungsgrad bei der betrieblichen Altersversorgung aufweisen, diejenigen sind, die in den neuen Bundesländern vor existenziellen Problemen stehen⁸¹⁾ (vgl. Niermann, 1993, 21). In Unternehmen in den neuen Bundesländern mit einer Muttergesellschaft aus den alten Bundesländern oder in Niederlassungen von Unternehmen aus den alten Bundesländern mit Standorten in den neuen Bundesländern werden in den alten Bundesländern bestehende Versorgungswerke am ehesten auch auf die Belegschaft in den neuen Ländern ausgedehnt. Dies nicht zuletzt deshalb, weil eine Ungleichbehandlung von Mitarbeitern nach ihrem Tätigkeitsort erhebliche personalpolitische Probleme aufwirft. Die finanziellen Möglichkeiten sind hier in aller Regel auch eher gegeben, als bei Treuhand-Unternehmen oder

⁷⁹⁾ Die Gegenüberstellung der Prozentwerte mit und ohne Auffüllbetrag verdeutlicht nochmals die große Bedeutung der Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung und Pflege und der Zurechnungszeiten (sowie der Mindestregelungen) für Frauen in den neuen Bundesländern.

⁸⁰⁾ Probleme bestehen vor allem bezüglich der Wartezeitvorsatzungen und bei der Anrechnung früherer Dienstzeiten, vgl. von Puskás, 1993, 117f.

⁸¹⁾ Auf Zusagen, die in den neuen Ländern vor dem 1. Januar 1992 erteilt wurden, findet das Gesetz über die Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) nur dann Anwendung, wenn die Zusage nach dem 31. Dezember 1991 ausdrücklich bestätigt wurde. Mit Inkrafttreten des Renten-Überleitungsgesetzes am 1. Januar 1992 sind Ansprüche und Anwartschaften auf Leistungen nach der AO '54 (Anordnung über die Einführung einer Zusatzrentenversicherung für die Arbeiter und Angestellten in den wichtigsten volkseigenen Betrieben vom 9. März 1954) grundsätzlich erloschen. Den Betrieben steht es frei, Leistungen nach der AO '54 als Leistungen der betrieblichen Altersversorgung fortzuführen. Unternehmen der Treuhandanstalt bedürfen zur Erteilung von Zusagen auf betriebliche Altersversorgung der Zustimmung der Treuhandanstalt.

Neugründungen⁸²⁾ in den neuen Bundesländern.

Insgesamt erweist sich jedoch die gegenwärtige außerordentlich schwierige wirtschaftliche Lage als großes Hindernis für den Aufbau der betrieblichen Altersversorgung. Sie dürfte daher bei den in der Privatwirtschaft Beschäftigten in den neuen Bundesländern auf längere Zeit eine im Vergleich zu den alten Bundesländern deutlich geringere Bedeutung für die materielle Situation im Alter haben. Als Vorteil kann es sich erweisen, daß die betriebliche Altersversorgung eine freiwillige Sozialleistung ist. Dank größerer Flexibilität und Gestaltungsfreiheit können hier leichter exakte problemorientierte Lösungen gefunden werden, als bei einem stark (gesetzlich) reglementierten System⁸³⁾.

Etwas anders könnte die Entwicklung bei der privaten, individuellen Vorsorge verlaufen. Auf mittlere Sicht wird die individuelle private Vorsorge zwar nicht den gleichen Stellenwert erreichen, wie in den alten Bundesländern. Gegenwärtig ist ein der Stückzahl nach starker, hinsichtlich der geleisteten Beiträge insbesondere für Ältere für einen nennenswerten Beitrag zur Altersversorgung allerdings unzureichender Ausbau der privaten Lebensversicherungen zu beobachten (vgl. Niermann, 1993, 20). Mit wachsenden (verfügbaren) Einkommen könnte aber auch den Beträgen nach eine weitgehende Angleichung an die heutigen Verhältnisse in den alten Bundesländern möglich sein.

In den neuen Bundesländern wurde nach der Währungsumstellung trotz des Nachholbedarfs im Konsum in erheblichem Umfang gespart. Das durchschnittliche Geldvermögen je Haushalt stieg von 20 000 DM nach der Umstellung zum 1. Juli 1990 bis Ende 1992 auf 30 000 DM. Dieser Betrag entspricht dem von Haushalten in den alten Bundesländern Mitte der 70er Jahre erreichten Wert (das durchschnittliche Geldvermögen von Haushalten in den alten Bundesländern betrug Ende 1992 110 000 DM). Die Wachstumsraten des Geldvermögens waren etwa doppelt so hoch wie in den alten Bundesländern (vgl. Deutsche Bundesbank, 1993b, 22f.).

In den neuen Bundesländern entfallen zur Zeit noch 80 v. H. der Geldanlagen auf Banken, doch vollzieht sich hier ein Diversifikationsprozeß sowohl in Richtung Vertragssparen mit Bausparkassen und Versicherungen als auch in Richtung Wertpapieranlagen und damit eine strukturelle Angleichung an die alten Bundesländer. Auch bei der Ausstattung mit langlebigen Konsumgütern haben sich die Haushalte in den neuen Bundesländern schnell dem Standard in den alten Bundesländern angeglichen (vgl. Deutsche Bundesbank, 1993b, 26 und 29).

Die Rentner in den neuen Bundesländern des Jahres 2030 haben bis dahin annähernd so viel Zeit gehabt, wie die Bürger in der Bundesrepublik Deutschland

⁸²⁾ Vgl. zur Situation und zu den Perspektiven der betrieblichen Altersversorgung in den neuen Bundesländern: Böhm, 1993; Dreissig, 1991; Höfer, 1990; Niermann, 1993; Radke, 1990; Rahmenbedingungen, 1991.

⁸³⁾ Vgl. zu speziellen Lösungen für die neuen Bundesländer z. B. Rößler, 1992.

nach 1948 bis heute, um ein vergleichbares Vermögen zu bilden. Für eine eher zurückhaltende Einschätzung hinsichtlich der Entwicklungsmöglichkeiten spricht allerdings, daß die Abgabenbelastung der Einkommen heute und in Zukunft wesentlich höher ist bzw. sein wird, als in den vergangenen 30 bis 40 Jahren, was sich tendenziell einschränkend auf die individuelle Vorsorgefähigkeit auswirken kann. Insgesamt dürfte die Einkommenslage in den neuen Bundesländern daher auf längere Sicht wohl in noch größerem Maße als in den alten Bundesländern von den Renten aus der GRV bestimmt werden.

Als besonders problematisch gelten aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung für Frauen in den neuen Bundesländern. Die Erwerbsbeteiligung der Frauen in der DDR war außergewöhnlich hoch (s. o.). Seit 1989 ist die Erwerbsquote der Frauen in den neuen Bundesländern erheblich zurückgegangen und hat sich derjenigen der Frauen in den alten Bundesländern angenähert. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Entlohnung wirken sich nach dem Recht in den alten Bundesländern nunmehr stärker rentenmindernd aus. Frauen werden in großem Umfang aus dem Arbeitsmarkt gedrängt, sie weisen höhere Arbeitslosenquoten auf, werden von den arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen weniger erfaßt. Dies hat unterschiedliche Auswirkungen für verschiedene Altersgruppen, d. h. hinsichtlich der Höhe der Rentenansprüche von Frauen in den neuen Bundesländern zeichnen sich deutliche Kohortenunterschiede ab. Ältere Frauen haben ihre im Vergleich zu den Frauen in den alten Bundesländern relativ hohen, eigenständigen, Rentenansprüche noch zu DDR-Zeiten erworben und sind in großem Umfang z. B. auch über Vorruhestand und Altersübergangsgeld bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. In dieser Gruppe dürfte auch nach dem Abschmelzen der Auffüllbeträge, trotz fehlender privater Vorsorge und ohne Ansprüche an eine betriebliche Altersversorgung das Armutspotential relativ gering sein, die anspruchsmindernde Wirkung des Vorruhestands angesichts der insgesamt überwiegend kontinuierlichen Erwerbsverläufe kaum ins Gewicht fallen.

Insbesondere jüngere Frauen werden sich hinsichtlich ihres generativen wie auch ihres Erwerbsverhaltens den Frauen in den neuen Bundesländern angleichen und damit auch den gleichen Problemen in bezug auf die Einkommenssicherung im Alter ausgesetzt sein⁸⁴). Für die jüngeren Altersgruppen wird ihre Alterssicherung damit u. a. in höherem Maße aus abgeleiteten Ansprüchen bestehen (siehe zur relativen Bedeutung abgeleiteter Ansprüche bei Rentnerinnen in den alten Bundesländern, Abschnitt 4.1.2). Inwieweit sich für diese Frauen eine darüber hinaus-

gehende Benachteiligung ergeben wird, hängt maßgeblich davon ab, wie schnell eine wirtschaftliche Konsolidierung und die Stabilisierung der Beschäftigungsentwicklung erreicht werden kann. Sicherungsrisiken bestehen insbesondere dann, wenn aufgrund der Arbeitsmarktlage der Einstieg ins Erwerbsleben gar nicht, erheblich verzögert und/oder nur zu schlechten Konditionen (in niedrig entlohnte, besonders schwierige Beschäftigungsverhältnisse) gelingt. Phasen der Arbeitslosigkeit und vor allem Lücken in der Erwerbsbiographie wirken sich in der GRV anspruchsmindernd aus. Von dieser Gefahr sind zwar auch jüngere Männer betroffen, allerdings wohl in geringerem Ausmaß. Mit massiven Nachteilen dürfte v. a. die mittlere Generation von bisher erwerbstätigen Frauen konfrontiert werden. Sie sind in noch größerem Ausmaß als Männer von Arbeitslosigkeit betroffen, haben aber wesentlich weniger Chancen, über Eingliederungsmaßnahmen wieder in den Arbeitsmarkt zu gelangen. Vielen könnte der Arbeitsmarktzugang dauerhaft versperrt bleiben. Dies wird sich auf die Höhe der Rentenansprüche auswirken und — bei diesen Altersgruppen möglicherweise sogar unabhängig von Dauer und Verlauf des ökonomischen Konsolidierungsprozesses — zu einer Schlechterstellung im Vergleich zu den älteren und jüngeren Altersgruppen ebenso wie zu den Frauen der gleichen Altersgruppen in den alten Bundesländern führen.

4.3 Fazit

4.3.1 Altersarmut, alte und neue Risikogruppen

Verbindet man die Ergebnisse der Lageanalyse mit den z. T. mit großer Unsicherheit behafteten Aussagen über die mögliche Entwicklung der die materielle Situation im Alter beeinflussenden Faktoren, so zeigt sich, daß es keine neuen Risikogruppen durch den demographischen Wandel geben wird. Allerdings könnte u. U. das Potential der Risikogruppen wachsen. Die alten Risikogruppen werden dabei unterschiedlich stark von der weiteren Entwicklung betroffen werden. Von zentraler Bedeutung wird die weitere wirtschaftliche Entwicklung sein.

Für die Gruppe der Frauen werden sich durch die sich in der Zukunft abzeichnende weitere Fortsetzung die Frauenerwerbstätigkeit eine Erhöhung der eigenen Rentenansprüche erhöhen. Durch die bis mindestens zum Jahr 2010 angespannte Arbeitsmarktlage wird es allerdings einen Verdrängungswettbewerb geben, der zu einer höheren Anzahl von Personen führen wird, die aufgrund von beträchtlichen Arbeitslosigkeitszeiten über geringere Rentenansprüche verfügen wird. Das Problem, das sich eine schlechte materielle Situation in der Erwerbsfähigkeitsphase im Alter fortsetzt, wird sich dann verstärken, wenn nicht trotz Arbeitslosigkeit auch Ansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung erworben werden, wie dies auch bisher geschah, wenn auch in sich im Zeitablauf wandelnder Weise (vgl. beispielsweise Mittelstädt 1992 sowie Fachinger, 1994).

⁸⁴) Gegenwärtig sind die Geburtenziffern in den neuen Bundesländern zwar deutlich niedriger als in den alten Bundesländern. Es wird jedoch damit gerechnet, daß ein Teil der wegen der Unsicherheit über die künftige persönliche und familiäre Lage ausgefallenen Geburten in einem späteren Lebensalter nachgeholt wird. Bis zum Jahr 2010 wird mit einer Angleichung des Geburtenverhaltens der Frauen in den alten und neuen Bundesländern gerechnet (vgl. Schulz, 1994, 57 f.); vgl. zur Entwicklung von Geburten und Eheschließungen auch Sozialreport 1993, 46 ff.; vgl. auch Kapitel 2 „Familie und soziales Umfeld“.

Falls vermehrt eine Arbeitszeitreduzierung ohne Lohnausgleich zur Entlastung des Arbeitsmarktes durchgeführt wird, führt auch dies zu einer Vergrößerung des Personenkreises, der aufgrund der Beitragszahlungen über vergleichsweise geringe Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung verfügt. Falls eine Teilzeittätigkeit die einzige Einkommensquelle des Haushalts ist, würde der Kreis der potentiell von Altersarmut betroffenen größer. Im Fall des „Hinzuverdienstes“ (also bei mehreren Einkommensquellen im Haushalt) würde eine Reduzierung der Arbeitszeit zwar Auswirkungen auf die materielle Situation im Alter haben, nicht aber unmittelbar das Armutspotential erhöhen. Von großer Bedeutung ist somit auch die Entwicklung der Haushaltsstruktur und der Formen des Zusammenlebens.

4.3.2 Versorgungslücken im Hinblick auf die „Lebensstandardsicherung“

Die Ursachen für das Entstehen von Versorgungslücken im Hinblick auf das Ziel der Lebensstandardsicherung unterscheiden sich nicht wesentlich von den im Zusammenhang mit der Armutsvermeidung genannten. Auch die Risikogruppen sind im Grundsatz identisch. Die Probleme entstehen infolge diskontinuierlicher Erwerbsverläufe bzw. unzureichender Versicherungszeiten und/oder niedriger Erwerbseinkommen. Dies kann auch Folge einer vom Muster der „normalen“ Vollzeitbeschäftigung abweichenden individuellen Erwerbskarriere sein. Die Risikogruppen sind nach dem gegenwärtigen Stand insbesondere Frauen, generell Teilzeitbeschäftigte und Arbeitsmigranten (insbesondere solche, die in höherem Alter in die Bundesrepublik kommen). Entscheidend für das Aufrechterhalten des Lebensstandards ist in der Regel die Stabilität des Haushaltszusammenhangs bzw. des Familienstatus. Probleme können sich z. B. bei Scheidung oder Verwitwung ergeben, vor allem aber bei der Auflösung nicht-ehelicher Lebensgemeinschaften. Gegenwärtig ist nicht erkennbar, daß zu den genannten Risikogruppen neue hinzukommen werden. Ob sich die Risiken tendenziell eher reduzieren oder vergrößern werden, hängt angesichts der Erwerbsarbeitszentrierung der Alterssicherungssysteme wesentlich von der Arbeitsmarkt- und damit auch von der Wirtschaftsentwicklung ab (vgl. Bäcker/Naegele, 1993).

Neben den Möglichkeiten der Risikominderung, die die Gestaltung des gesetzlichen Rahmens eröffnet, hängt viel auch davon ab, daß Individuen eigenverantwortlich und vorausschauend handeln. Die Leistungseinschränkungen im Bereich der Regelsicherung durch die GRV können insbesondere dann zu Versorgungslücken und zur Verfehlung des Zieles der Lebensstandardsicherung führen, wenn Ansprüche im wesentlichen nur an dieses System bestehen und aus anderen Quellen keine oder nur geringe Einkünfte erzielt werden.

Bestehen Ansprüche an eine betriebliche Altersversorgung, so können sich Probleme bezüglich der Lebensstandardsicherung vor allem aus einer unzureichenden Anpassung laufender Leistungen erge-

ben. Dies betrifft insbesondere Bezieher höherer Einkommen, bei denen die betriebliche Altersversorgung aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV in größerem Umfang zum Alterseinkommen beiträgt.

Die Bildung von Wohneigentum stellt im Hinblick auf die Lebensstandardsicherung im Alter generell einen stabilisierenden Faktor dar. Bei anderen Formen der privaten Vorsorge hängt es von der Realzinsentwicklung, bei der Auflösung von Vermögen vor allem auch von der Entwicklung von Angebot und Nachfrage ab, ob und in welchem Umfang das Aufrechterhalten des Lebensstandards möglich ist.

4.4 Handlungsbedarf und Optionen

4.4.1 Handlungsbedarf im Hinblick auf eine unzureichende materielle Ausstattung im Alter (Armut)

Sozialpolitischer Handlungsbedarf entsteht zunächst vordringlich bei niedrigen Einkünften, da hier das Problem der Armut auftritt und nicht nur der Reduzierung des Lebensstandards auf ein geringeres Niveau (ohne daß Bedürftigkeit entsteht). Dieser Problembereich ist in der Bundesrepublik Deutschland nicht allein durch die gesetzliche Rentenversicherung abgedeckt, sondern zum Großteil im Rahmen der Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz.

Bevor auf die sich durch den demographischen Wandel abzeichnenden Probleme für die materielle Ausstattung im Alter eingegangen wird, seien vorweg einige grundsätzliche Anmerkungen zu dem Problembereich Altersarmut aufgeführt. Grundsätzlich ist zu beachten, daß Armut kein Altersphänomen ist, sondern durch spezifische, in der (Erwerbs-) Biographie liegende Faktoren verursacht wird. Zur adäquaten Lageanalyse wäre somit eine Längsschnittbetrachtung zur Identifikation und Isolierung der Faktoren notwendig. Zu vermuten ist, daß eine unzureichende materielle Absicherung im Alter mit einer unzureichenden materiellen Absicherung in den davor liegenden Lebensphasen einhergeht⁸⁵⁾ (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1992 b, 77). Unabhängig von der Einbindung in ein Alterssicherungssystem gilt somit, daß Personen mit einer sehr niedrigen Sparfähigkeit⁸⁶⁾ nicht für eine adäquate Alterssicherung sorgen können, durch die eine materielle Besserstellung im Vergleich zur Erwerbstätigkeitsphase zu bewirken wäre. Somit müssen zwei Wege beschritten werden, die Altersarmut zu beheben. Zum einen können präventive Maßnahmen zu einer Absicherung der finanziellen Situation im Alter beitragen und so das Entstehen von Altersarmut vermeiden helfen. Zum anderen ist aber bei Vorliegen einer unzureichenden Absicherung im

⁸⁵⁾ Dies deuten die Auswertungen der ASID,86 an, in der als eine Problemgruppe die angelernten Arbeiter identifiziert wurden.

⁸⁶⁾ Hierbei handelt es sich in der Regel um Personen bzw. Haushalte, die schon in der Erwerbstätigkeitsphase als materiell arm zu charakterisieren sind.

Alter diese durch dann einsetzende Maßnahmen zu lindern oder zu beheben.

Die Maßnahmen zur vorbeugenden Vermeidung von Armut im Alter hätten die Ursachen zu bekämpfen, die zu einem Teil in den nicht vorhandenen Möglichkeiten zur individuellen Vorsorge für eine ausreichende materielle Absicherung zu sehen sind. Dieser Problembereich berührt also nicht unmittelbar die Leistungen der Alterssicherungssysteme. Vorbeugende Maßnahmen haben früh im jeweiligen individuellen Lebenszyklus anzusetzen und sowohl die Vorsorgefähigkeit als auch die Vorsorgebereitschaft zu stärken. Bezogen auf die Vorsorgefähigkeit wäre beispielsweise an eine adäquate Berufsausbildung zu denken⁸⁷⁾, die die Voraussetzung für eine Erwerbstätigkeit schafft, durch die sich hinreichende Möglichkeiten zur Absicherung bieten. Zu bedenken ist hierbei allerdings, daß nicht nur die Grundlage durch geeignete Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen zu einer Erwerbstätigkeit geschaffen werden muß, sondern die Situation auf dem Arbeitsmarkt muß eine Erwerbstätigkeit ermöglichen. Phasen hoher Arbeitslosigkeit bergen Gefahren für die Möglichkeit zur Altersvorsorge⁸⁸⁾ in sich und vergrößern somit potentiell den Kreis der Haushalte mit einer unzureichenden Absicherung im Alter. Die Vorsorgebereitschaft könnte auch durch das Setzen von Anreizen für die individuelle Vorsorge erhöht werden⁸⁹⁾.

Als Optionen zur Linderung einer unzureichenden materiellen Ausstattung im Alter bieten sich grundsätzlich zwei Wege an. Zum einen besteht die Möglichkeit, die Systeme zu modifizieren, die für eine materielle Ausstattung im Alter zuständig sind: Dies betrifft dann vor allem die Regelsysteme. Hier wird schon seit langem als ein Weg die Einführung einer steuerfinanzierten „bedarforientierten Mindestsicherung“ unter dem Dach der gesetzlichen Rentenversicherung diskutiert (Für einen Überblick: vgl. Schmähl, 1993). Zum anderen besteht die Möglichkeit, das System, das zur Linderung der unzureichenden materiellen Ausstattung geschaffen wurde (also die Sozialhilfe), so zu modifizieren, daß auch Altersarmut möglichst umfassend behoben wird. Dabei sollte die Sozialhilfe also nicht die Funktion eines Alterssicherungssystems übernehmen. Dies widerspräche ihrer Aufgabe als „Ausfallbürge“ für individuelle und außergewöhnliche Notlagen.

⁸⁷⁾ Hierbei kann es sich um die erste berufliche Ausbildung, aber auch um Weiterbildung oder Umschulung in späteren Lebensjahren handeln, die die Möglichkeit zu einer weiteren Erwerbstätigkeit bieten.

⁸⁸⁾ Inwieweit aus dieser Gefahr tatsächlich ein Problem für die Alterssicherung wird, hängt von individuellen und institutionellen Faktoren ab. Eine Arbeitslosigkeitsphase in der Erwerbsbiographie führt noch nicht zu Altersarmut. Erst wenn es zu einer Kumulation von Arbeitslosigkeitszeiten z. B. durch Langzeit- oder Mehrfacharbeitslosigkeit kommt, kann je nach Gestaltung der institutionellen Regelungen für die Berücksichtigung dieser Zeiten bei der späteren Rentenberechnung eine unzureichende materielle Ausstattung die Folge sein.

⁸⁹⁾ Dies könnte z. B. durch steuerliche Maßnahmen geschehen, aber auch durch eine adäquate Informationspolitik, die den Individuen sachgerechte Informationen zur bestmöglichen finanziellen Absicherung im Alter zur Verfügung stellt.

Die im Abschnitt 4.1 durchgeführte Lageanalyse zeigte, daß zwar Haushalte, die im Alter unzureichend materiell ausgestattet sind, relativ geringe Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten⁹⁰⁾, sie zeigte aber auch, daß Haushalte, die relativ geringe Leistungen aus der GRV erhalten, nicht unbedingt eine unzureichende materielle Ausstattung im Alter haben⁹¹⁾. Dies bedeutet, daß bei Konzeptionen, die die Lösung zur Vermeidung der Altersarmut in einer Aufstockung niedriger Ansprüche im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung sehen, die Leistungen auch solchen Haushalten zugute kommen würden, die über ein relativ hohes Alterseinkommen verfügen⁹²⁾. Vermeiden könnte man dies nur, indem die Aufstockung niedriger Renten von der materiellen Situation des Haushalts abhängig gemacht würde — letztendlich somit eine Bedürftigkeitsprüfung erfolgen müßte, wie sie z. Zt. systemadäquat im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem Bundessozialhilfegesetz durchgeführt wird⁹³⁾.

Ein maßgeblich nach dem Versicherungsprinzip gestaltetes Alterssicherungssystem kann nur sehr begrenzt das Eintreten bzw. ein Fortbestehen von Armut vermeiden. Dieses Problem der Zielkonkurrenz von Leistungsbezogenheit und Armutsvermeidung in einem Sicherungssystem kann zu systemimmanenten Widersprüchen führen und die gesellschaftliche Akzeptanz gefährden, die für ein dem

⁹⁰⁾ Bei dieser Feststellung handelt es sich um eine Trivialität, denn diese Haushalte erhalten grundsätzlich ein niedriges Alterseinkommen, egal welches System man betrachtet.

⁹¹⁾ Dieser Sachverhalt, der die Kumulation von Einkommen im Alter betrifft, wird nach wie vor recht wenig zur Kenntnis genommen.

⁹²⁾ Erinnert sei hier an den Sozialzuschlag für Rentnerinnen und Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung in den neuen Bundesländern, der zunächst ohne weitere Prüfung der Einkommenssituation der Haushalte gezahlt wurde. Deutlich wird dies auch bei den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem Kindererziehungsleistungsgesetz (KLG) seit 1987. So begünstigen die Leistungen für Kindererziehung zwar Frauen mit niedrigen bzw. gar keinen eigenen Rentenansprüchen. Dies bedeutet aber auch, daß Frauen mit mittlerem Nettogesamteinkommen überproportional diese Leistungen erhalten, da die Leistungen sich ausschließlich nach der Kinderzahl richten; (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1993, Tabelle 1-4-1-2-1 bis Tabelle 1-4-1-2-9). Auch die Rente nach Mindesteinkommen wirkt nicht zielgerichtet, da nicht die geleistete Arbeitszeit berücksichtigt wird, sondern nur das Arbeitsentgelt, das auf unterschiedlichem Ausmaß an Arbeitstätigkeit beruhen kann.

⁹³⁾ Nach dem Bedürftigkeitsprinzip werden allerdings auch in anderen Systemen der sozialen Sicherung, wie beispielsweise in der Arbeitslosenhilfe, Leistungen gewährt. Elemente einer nach der Bedürftigkeit gestalteten Leistung sind im Rahmen der Hinterbliebenenversorgung durch das sogenannte Anrechnungsmodell mittlerweile auch in die GRV eingeführt worden. So wird die Hinterbliebenenrente, die zunächst 60 v. H. der Versichertenrente des verstorbenen Ehepartners beträgt, bei Überschreitung eines Freibetrages um 40 v. H. des oberhalb des Freibetrages liegenden anzurechnenden Einkommens gekürzt. Ein hohes anzurechnendes Einkommen führt somit zum Wegfall der Hinterbliebenenrente; (vgl. Viebrok, 1992). Die Verteilungswirkungen dieser Regelung sind z. Zt. noch nicht abzusehen; (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1993, 44).

Versicherungsgedanken folgendes Alterssicherungssystem unabdingbar ist⁹⁴⁾). Auch die bisher betriebene Ausweitung der in der GRV enthaltenen „versicherungsfremden“ Umverteilungsmaßnahmen, die nicht systemadäquat aus allgemeinen Haushaltsmitteln, sondern aus lohnbezogenen Beiträgen finanziert werden, bergen die Gefahr in sich, daß hierdurch die Akzeptanz des Alterssicherungssystems erheblich beeinträchtigt wird, da die Beziehung zwischen dem eigenen Finanzierungsbeitrag und der Rente aufgeweicht wird. Die Übertragung weiterer Umverteilungsaufgaben auf die Rentenversicherung erhöht diese Gefahr.

Tritt Armut im Alter trotz der in der Erwerbsphase ansetzenden präventiven Maßnahmen ein, so ist die Haushaltssituation zu berücksichtigen im Rahmen einer sachadäquaten Prüfung der (individuellen) Bedürftigkeit. Als Alternative zu den Vorschlägen, dies z. B. im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung durchzuführen, bietet sich an, das zur Bewältigung individueller Notlagen geschaffene System der Sozialhilfe zu nutzen und von ihm ausgehend unerwünschte Effekte durch geeignete Maßnahmen — z. B. durch Modifikationen des Rückgriffs auf Familienangehörige — möglichst weitgehend abzubauen (vgl. Kapitel 2 „Familie und soziales Umfeld“).

Verbindet man die Ergebnisse der Ist-Analyse mit den sich abzeichnenden Entwicklungstendenzen, so entsteht die Gefahr einer unzureichenden Absicherung im Alter allerdings weniger durch die demographische Entwicklung als vielmehr durch die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt, da in dem Sozialversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland die materielle Situation im Alter maßgeblich durch die eigene Erwerbstätigkeit bestimmt wird. Eine Zunahme der Altersarmut würde dann eintreten, wenn die Personen keine oder eine nicht ausreichende Absicherung in einem System erhalten. Dies kann durch vielfältige Faktoren bedingt sein. Beispiele hierfür sind eine diskontinuierliche Erwerbstätigkeit mit längeren Phasen von Erwerbsunterbrechungen, eine zu geringe Entlohnung bei Teilzeittätigkeit, um ausreichende Ansprüche in einem Alterssicherungssystem zu erwerben, oder auch eine Kombination dieser Ursachen. Hier wäre aber eher ein Handlungsbedarf für den Bereich Arbeitsmarkt zu konstatieren denn für die Alterssicherung. Bei den arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen müssen allerdings ihre Wirkungen auf die materielle Situation der davon betroffenen Haushalte berücksichtigt werden, die allerdings z. T. erst Jahrzehnte später offensichtlich werden. Dies soll im folgenden exemplarisch anhand der Arbeitszeitreduzierung kurz erörtert werden⁹⁵⁾. Zwar ist darauf hinzuweisen, daß Teilzeittätigkeit nicht notwendigerweise zu einer unzureichenden Absicherung im Alter

führt. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn die Einkommen aus der Teilzeittätigkeit die einzige Einkommensquelle des Haushalts darstellen, da die Leistungen des Regelsicherungssystems lohnbezogen sind, die Mehrzahl der Teilzeittätigen keine oder nur geringe Ansprüche auf eine betriebliche Altersversorgung erwerben können und die Sparfähigkeit der Haushalte mit einem niedrigen Einkommen auch sehr begrenzt ist. Zusätzlich ist zu bedenken, daß die Teilzeittätigkeit bzw. Arbeitszeitreduzierung nicht (allein) im Rahmen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung erfolgen muß, sondern auch für Beamte oder für Selbständige gelten kann⁹⁶⁾. Eine Vermeidung von Altersarmut, die ihre Ursache in einer Teilzeittätigkeit hat, stellt sich demzufolge nicht als Aufgabe für ein Alterssicherungssystem, sondern würde systemübergreifende Maßnahmen erfordern.

Einen weiteren Personenkreis, der potentiell von Altersarmut bedroht ist, stellen die Zuwanderer dar. Diese Gruppe ist allerdings sehr heterogen. Zunächst ist das Alter der Zugewanderten wichtig, da es v. a. hiervon abhängt, welche Ansprüche an die Alterssicherungssysteme in der Bundesrepublik Deutschland noch erworben werden können. Ältere Zuwanderer, die keine Ansprüche nach dem Fremdrengengesetz haben und keine Anwartschaften in ihrem Herkunftsland besitzen, haben potentiell eine unzureichende materielle Ausstattung im Alter. Bei den jüngeren Zuwanderern kommt es im wesentlichen darauf an, inwieweit diese durch ihre Erwerbstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland Ansprüche erwerben oder für eine individuelle Absicherung im Alter sorgen können. Hier ist die Eingliederung in den Arbeitsmarkt entscheidend, Arbeitsmarktpolitik und Bildungspolitik sind hier die geeigneten Instrumente, um Armut im Alter zu vermeiden.

4.4.2 Handlungsbedarf bezüglich der Aufrechterhaltung des „Lebensstandards“

Mit dem Problemkomplex „Vermeidung von Altersarmut“ steht der Bereich „Vermeidung des sozialen Abstiegs“ in Verbindung, denn sozialer Abstieg kann auch zur Altersarmut führen und nicht nur ein im Vergleich zur Erwerbstätigkeit niedrigeres Lebenshaltungsniveau bedeuten. Zur Vermeidung des sozialen Abstiegs im Alter muß an der Lebensstandardsicherung als Ziel festgehalten werden, d. h. implizit ist in der Leistungsbezogenheit der Alterssicherungssysteme auch eine Form der Armutvermeidung enthalten. Allerdings stellt sich auch heute schon die Frage, ob das im Arbeitsleben (gegen Ende) erreichte Lebenshaltungsniveau durch eine Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung tatsächlich aufrechterhalten werden kann oder ob dies erst durch eine Zusatzversorgung bzw. andere zusätzliche Sicherungsvorkehrungen ermöglicht wird. Darüber hinaus stellt sich die grundlegende Frage, was als „Leistung“ in einem Alterssicherungssystem berücksichtigt wird, insbesondere, welche Tätigkeiten (und in welchem Umfang) neben der Erwerbsarbeit zu

⁹⁴⁾ Die Möglichkeit, durch Beiträge Ansprüche zu erwerben, wird als ein Grund für die im Vergleich zu Steuern geringeren Abgabenwiderstände und höhere Akzeptanz des Gesamtsystems angeführt. Dies gilt nicht für aus allgemeinen Haushaltsmitteln finanzierte Systeme, in denen mit den gezahlten Steuern keinerlei Ansprüche auf eine Leistung erworben werden können — es gilt das sogenannte Nonaffektationsprinzip.

⁹⁵⁾ Zu dem Zusammenhang von Teilzeittätigkeit und Alterssicherung (vgl. ausführlich Kollatz, 1991).

⁹⁶⁾ Hier ist z. B. an die freien Berufe zu denken mit ihren berufsständischen Versorgungswerken.

Ansprüchen an ein Alterssicherungssystem führen. Familienorientierte Tätigkeiten, insbesondere das Aufziehen von Kindern, sowie Tätigkeiten für hilfe- und pflegebedürftige Personen sind Beispiele für Aktivitäten, die als gesellschaftlich wichtige Tätigkeit auch zu Ansprüchen für die eigene Altersversorgung führen.

Die bisherigen Bemühungen, diese familienbezogenen Tätigkeiten zum Beispiel durch die Anerkennung von Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf zu berücksichtigen, können diese Lücken nicht schließen. Eine Antwort auf die Auswirkungen dieser Orientierung des gegenwärtigen Alterssicherungssystems an einer „normalen Vollzeitberufstätigkeit“ besteht darin, diesen gesellschaftlich relevanten Aufgaben durch Rentenansprüche in einer „Eigenständigen Alterssicherung“ Rechnung zu tragen. (Ein Mitglied der Kommission, Prof. Dr. Winfried Schmähl, wendet sich gegen die Aufnahme dieses Absatzes in den Bericht.)

Im Zusammenhang mit den langfristigen strukturellen Veränderungen in Bevölkerung, Wirtschaft und Gesellschaft, insbesondere der demographischen Entwicklung, werden verschiedene Reformvarianten für das Alterssicherungssystem diskutiert, wobei zumeist die gesetzliche Rentenversicherung im Mittelpunkt steht. Alle anderen Alterssicherungssysteme stehen jedoch im Prinzip vor den gleichen Problemen.

Die Fülle der diskutierten Vorschläge für einzelne Maßnahmen und/oder Systeme kann hier nicht berücksichtigt werden. Das bestehende System der GRV grundsätzlich in Frage stellende Reformoptionen, wie ein Wechsel vom Umlageverfahren zu einem kapitalfundierte Alterssicherungssystem (staatlich oder privat, in der Regel verknüpft mit einer Mindestversicherungspflicht) oder der Übergang zu einer steuerfinanzierten, einheitlichen staatlichen Grundrente werden hier nicht erneut diskutiert werden. Die intensiven Erörterungen im Vorfeld der Rentenreform 1992 haben gezeigt, daß — nicht zuletzt aufgrund von erheblichen Übergangsproblemen — der evolutionären Fortentwicklung des bestehenden Systems gegenüber radikalen Systemwechseln der Vorzug gegeben wird und hierfür ein politischer und gesellschaftlicher Konsens eher zu erzielen ist⁹⁷⁾. Vielmehr werden nur grundsätzliche Lösungsmöglichkeiten unter Beibehaltung der Grundzüge des gegenwärtigen Alterssicherungssystems aufgegriffen.

Für die sozialen Sicherungssysteme insgesamt werden in jüngerer Zeit zunehmend Möglichkeiten einer neuen „Arbeitsteilung“ zwischen Staat und anderen gesellschaftlichen Kräften diskutiert. Bezogen auf die Alterssicherung wird als ein Instrument zur Bewältigung der zukünftigen Belastungen öffentlicher Haushalte der stärkere Rückgriff auf Formen privater Sicherung, d. h. insbesondere betriebliche Altersversorgung und individuelle Vorsorge diskutiert. Sin-

⁹⁷⁾ Die aktuelle Grundsatzdiskussion wird zum großen Teil mit den gleichen Argumenten und Modellen geführt wie vor der Verabschiedung des Rentenreformgesetzes 1989. Insofern kann auf die einschlägige Literatur verwiesen werden; vgl. als pointierte Absage an die (alten) radikalen Vorschläge, jüngst Ruland, 1994.

kende Sicherungsniveaus im staatlichen Alterssicherungssystem sollen durch ein erhöhtes Maß privater Sicherung kompensiert bzw. generell die Belastung vom staatlichen in den privaten Sektor verschoben werden.

Entscheidend für die Einschätzung verschiedener Handlungsoptionen ist die Perspektive, die man einnimmt. Bemerkenswert ist an den auf die Reduzierung des Leistungsniveaus in der GRV gerichteten Vorschlägen zweierlei: Erstens die Konzentration auf die öffentlichen Haushalte. Hier können sich bei einer Gewichtsverlagerung auf private Vorsorgeformen tatsächlich Einsparungen ergeben. Gesamtwirtschaftlich muß dies jedoch durchaus nicht der Fall sein. Es ist eine bislang ungeklärte Frage, ob ein größerer Anteil privater Vorsorge an einer Gesamtversorgung z. B. zu Effizienzgewinnen führt. Dem Interesse an einer Veränderung der Lastverteilung liegen neben der Entlastung öffentlicher Haushalte jedoch in der Regel auch Vorstellungen über damit verbundene Vorteile zugrunde, wie z. B. eine Verminderung der Gesamtaufwendungen für Ältere durch eine effizientere Leistungserbringung und eine höhere Ersparnis- und Kapitalbildung⁹⁸⁾.

Der zweite Aspekt ist, daß mit einer Verschiebung von Lasten bzw. der Suche nach dem optimalen (effizienten) Mischungsverhältnis zumindest implizit die Vorstellung verbunden ist, das gegenwärtig erreichte Sicherungsniveau sei einerseits im Grunde ausreichend und andererseits im wesentlichen aufrechtzuerhalten. Wählt man das Ziel der Lebensstandardsicherung als Ausgangspunkt, so stellt sich im Zusammenhang mit einer möglichen Veränderung der Lastverteilung zwischen privaten und staatlichen Leistungserbringern die Frage, ob bzw. unter welchen Bedingungen private Systeme in der Lage sind, einen größeren Anteil zu erbringen zur Aufrechterhaltung des Lebenshaltungsniveaus im Alter, oder ob u. U. sogar eine verbesserte Leistungsfähigkeit des gesamten Alterssicherungssystems im Hinblick z. B. auf bestimmte Sicherungslücken erwartet werden kann.

Das Ausmaß der privaten individuellen Vorsorge hängt maßgeblich von der individuellen Vorsorgefähigkeit ab. Diese ist im Bereich niedriger Einkommen sehr begrenzt und wird sich selbst bei einem verminderten Belastungsanstieg in der GRV eher reduzieren. Doch bereits eine relativ kleine Reduzierung des (relativen, formelbedingten) Absicherungsniveaus in der GRV kann aufgrund der niedrigen absoluten Höhe der Ansprüche für solche Personengruppen bereits zu Altersarmut führen. Sollte der Gefahr der Altersarmut dadurch begegnet werden, daß bestimmte Formen individuellen Zwangssparens eingeführt werden, so ist zu fragen, welche Vorteile ein solches „Mischsystem“ hinsichtlich der Gesamtbelastung der Volkswirtschaft gegenüber dem bestehenden System haben könnte, welche allokativen und distributiven Wirkungen damit verbunden wären.

⁹⁸⁾ Auf diese Aspekte kann hier nicht eingegangen werden. Die OECD hat sich in einer 1992 veröffentlichten Studie intensiv mit diesbezüglichen Erwartungen und ihrem Realitätsgehalt auseinandergesetzt; (vgl. OECD, 1992, darin insbesondere Duskin (8ff.) für eine zusammenfassende Erläuterung).

Die These, Kapitaleinkommen könnten in Zukunft Teile der Sicherungsfunktion der GRV in spürbarer Weise ersetzen, läßt sich aufgrund der lückenhaften Datenlage nicht belegen. Die verfügbaren Daten und Analysen weisen auf eine sehr starke Vermögenskonzentration hin, die wohl auch durch Erbschaften nicht nennenswert reduziert werden dürfte. Eine Neugewichtung zu Lasten der GRV und zugunsten der individuellen Vermögensbildung würde die Ungleichverteilung der Alterseinkommen deutlich erhöhen und u. U. auch die Wahrnehmung dieser Ungleichverteilung in der Bevölkerung verstärken.

In einer schrumpfenden Bevölkerung ist die Sicherheit privater Altersvorsorge in gleicher Weise von der Wirtschaftsentwicklung abhängig wie die aller anderen Alterssicherungssysteme. Besondere Risiken bestehen nicht nur im Hinblick auf die Erwirtschaftung von Vermögenserträgen und Realwerterhalt, sondern auch im Hinblick auf die Liquidierbarkeit von Vermögensanlagen am Kapitalmarkt⁹⁹⁾. Schließlich sind alle Formen der individuellen privaten Vorsorge durch Vermögensbildung an die Erzielung von Einkommen geknüpft und enthalten abgesehen von einem versicherungseigenen Risikoausgleich in der Lebensversicherung keine Elemente interpersoneller Umverteilung. Selbst im Zeitablauf schwankende Einkommen können die individuelle Vorsorge bereits erheblich erschweren. Insofern stellt die private individuelle Vorsorge noch weniger als die GRV in ihrer gegenwärtigen Form eine Antwort auf diskontinuierliche oder unzureichende Einkommenserzielung dar. Sie ermöglicht allerdings u. U. eine den individuellen Erfordernissen entsprechende Ergänzung der Ansprüche aus den Regelsystemen der Alterssicherung.

Solange es sich bei der betrieblichen Altersversorgung um eine zumindest hinsichtlich der Zusage und des Dotierungsrahmens freiwillige Sozialleistung der Arbeitgeber handelt, kommt auch sie als Ersatz für im Bereich der GRV ausfallende Leistungen nur unzulänglich in Frage. Für Bezieher höherer Einkommen, bei denen nur Teile des erzielten Einkommens in den Anspruchserwerb in der GRV einbezogen werden, ist die betriebliche Altersversorgung bereits heute eine wichtige „zweite Säule“, die die für sie in der GRV bestehende Versorgungslücke schließt. Für Bezieher niedrigerer Einkommen sind Deckungsgrad und Leistungshöhe dagegen unzureichend. Geringfügig Beschäftigte und Teilzeitbeschäftigte (vor allem Frauen), Personen mit diskontinuierlichen Erwerbsverläufen oder häufig wechselnden Arbeitgebern erwerben in der Regel keine Ansprüche auf eine betriebliche Altersversorgung oder die Ansprüche sind derart niedrig, daß sie allenfalls als Ergänzung, aber keinesfalls als Ersatz für Leistungen der GRV angesehen werden können. In der betrieblichen Altersversorgung erhalten systematisch jene Gruppen nur wenig

⁹⁹⁾ Vgl. zur Abhängigkeit der Sicherheit privater Vorsorge von der Entwicklung der ökonomischen Rahmenbedingungen und den Problemen und Risiken einer Umschichtung von der GRV zur privaten Alterssicherung, Färber, 1994. Auf die historische Überlegenheit der GRV gegenüber der privaten Vorsorge im Hinblick auf die Sicherheit der Ansprüche weist auch Ruland, 1994, 219 hin.

Ansprüche, die auch in der GRV nur niedrige Ansprüche erwerben¹⁰⁰⁾.

In ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung bzw. mit dem erreichten Ausbaustand ist die betriebliche Altersversorgung also nicht geeignet, die gesetzliche Rentenversicherung von ihrer Sicherungsaufgabe zu entlasten. Seit Anfang der 80er Jahre stagnierte die betriebliche Altersversorgung weitgehend¹⁰¹⁾. Die neueste Ifo-Erhebung für 1993 ergab, daß die Zahl der Unternehmen, die eine betriebliche Altersversorgung anbieten, zwar insgesamt weitgehend konstant geblieben ist, bei den einbezogenen Beschäftigten insbesondere in der Industrie jedoch deutliche Rückgänge zu verzeichnen sind. Diese Rückgänge sind überwiegend auf die Schließung von Versorgungswerken für neu in das Unternehmen eintretende Beschäftigte zurückzuführen. Wichtigster Grund dafür war die ungünstige wirtschaftliche Entwicklung (weit vor Gesetzgebung und Rechtsprechung)¹⁰²⁾ (vgl. Beyer, 1994, 26 f.). Auch die vom Ifo-Institut gestellte Frage nach den Gründen für eine mangelnde Bereitschaft, eine betriebliche Altersversorgung einzuführen, zeigt eindrucklich, in welchem Ausmaß die betriebliche Altersversorgung neben den (nicht bzw. schwer kalkulierbaren) Kosten von der wirtschaftlichen Lage des einzelnen Unternehmens und der konjunkturellen Entwicklung abhängt (vgl. Beyer, 1994, 26 f.).

Abstrahiert man von wirtschaftlicher und konjunktureller Lage, so könnten ein umfassenderer Deckungsgrad und höhere Leistungen in der betrieblichen Altersversorgung theoretisch auf zwei Wegen erreicht werden. Einerseits durch stärker regulierende Eingriffe bis hin zu einer Umwandlung in ein Pflichtsystem, andererseits bei Beibehaltung des Freiwilligkeitsgrundsatzes durch verbesserte Anreize. Wie die Ifo-Erhebung für 1993 zeigt, bestehen hinsichtlich der Gründe für Leistungsverbesserungen bzw. für die Neueinführung eines Versorgungssystems unternehmensgrößenspezifische Unterschiede. Während bei kleineren Unternehmen (die auch einen deutlich geringeren Ausbreitungsgrad der betrieblichen Altersversorgung aufweisen) steuerliche Vorteile eine entscheidende Rolle spielen, sind es bei Großunternehmen vor allem personalpolitische Aspekte. Damit ergibt sich für eine auf eine Ausweitung der betrieblichen Altersversorgung gerichtete Politik ein Dilemma: Steuervergünstigungen müßten so großzügig bemessen sein, daß sie nicht nur kleinere Unternehmen zur Einführung anreizen, sondern auch die aus dem steigenden Deckungsgrad resultierenden Verluste hinsichtlich der personalpolitischen Funktionen insbesondere für die größeren Unternehmen kompensieren. Diese bestehen im wesentlichen darin, sich durch das Angebot einer Sozialleistung Wettbewerbs-

¹⁰⁰⁾ Umgekehrt formuliert: „Bei der betrieblichen Altersversorgung gilt somit der sozialpolitische Matthäuseffekt: denen, die haben, wird noch gegeben werden“ (Igl, 1988, 589). Siehe zum Ausbreitungsgrad und zu den Leistungen der betrieblichen Altersversorgung Kapitel 4.1.2; (vgl. auch Rosenberg, 1992 und Böhm, 1 993).

¹⁰¹⁾ Zu dieser Einschätzung gelangen auch Igl, 1988, 597 und Schulin, 1988.

¹⁰²⁾ Die Rückgänge betrafen erstmals auch die Großunternehmen.

vorteile gegenüber Konkurrenten zu sichern. Sie reduzieren (bzw. verteuern) sich in dem Maße, wie diese Leistungen von Konkurrenten ebenfalls angeboten werden. Die nicht-umfassende, zumindest nicht-identische Verbreitung ist mit anderen Worten eine zentrale Voraussetzung für die wettbewerbsbezogenen personalpolitischen Funktionen der betrieblichen Altersversorgung (vgl. Schulin, 1988, 21)¹⁰³).

Bei den Steuervergünstigungen für die betriebliche Altersversorgung stellt sich grundsätzlich die Frage nach den allokativen und distributiven Wirkungen. Den Einsparungen durch eine Leistungsreduzierung in der GRV wären die aus der Subventionierung der betrieblichen Altersversorgung (durch Steuerstundung und -ausfall) resultierenden Kosten gegenüberzurechnen. Bei einer auch die Kompensation von Einbußen hinsichtlich der personalpolitischen Funktionen umfassenden Anreiz-Politik ist es tendenziell zumindest denkbar, daß die Leistungen vom Staat selbst kostengünstiger erbracht werden könnten.

Stärker regulierende Eingriffe in das System der betrieblichen Altersversorgung mit dem Ziel, quantitative und qualitative Verbesserungen (einen höheren Deckungsgrad, höhere Leistungen, mehr Sicherheit) zu erreichen, laufen Gefahr, genau das Gegenteil zu bewirken. Unternehmen könnten auf die weitere Einschränkung von Entscheidungs- und Gestaltungsspielräumen sowie wachsende Kosten mit weiteren Schließungen von Versorgungswerken reagieren. Die gegenwärtige Debatte um die Höhe der Lohnnebenkosten und die daraus resultierenden Nachteile für die internationale Wettbewerbsfähigkeit zeigt, daß Spielräume für eine Ausweitung kostenträchtiger Regulierungen mit dem Ziel der Leistungsverbesserung für die Arbeitnehmer kaum bestehen dürften. Die Umwandlung der betrieblichen Altersversorgung in ein Pflichtsystem stellt bereits keine Option im bestehenden System mehr dar und wird gegenwärtig in der Bundesrepublik auch nicht ernsthaft erwogen. Sie wäre mit erheblichen Kosten verbunden und trüffe auf den massiven Widerstand der Arbeitgeber¹⁰⁴). Sie würde im Grundsatz für alle Beschäftigten nach den gleichen Prinzipien ausgestaltete Leistungen erbringen müssen und wäre ebenfalls mit dem Verlust der personalpolitischen Funktionen verbunden. Weit stärker unter staatliche Kontrolle gestellt, würde sie letztlich zu einem quasi-öffentlichen System werden, zwar außerhalb des öffentlichen Haushalts, aber u. U. zu höheren Kosten.

Eine stärkere Bedeutung privater individueller Vorsorge und der betrieblichen Altersversorgung bzw. eine Lastverschiebung von der GRV hin zu diesen beiden Formen der Alterssicherung ist weder für die Gesamtheit der Bevölkerung noch auch nur der Erwerbstätigen ein gangbarer Weg. Die zentrale

¹⁰³) Vgl. zu Zielen und Funktionen der betrieblichen Altersversorgung außerdem Gaugler, 1987; Thelen, 1990; Heubeck, 1992).

¹⁰⁴) Als für die betriebliche Altersversorgung in der Schweiz das Obligatorium 1985 in Kraft trat, hatte sie bereits einen wesentlich größeren Ausbreitungsgrad erreicht (etwa 90 v.H.). Dennoch war die Einbeziehung bisher nicht gesicherter Personen neben den Übergangsregelungen für die Eintrittsgeneration eine der schwierigsten Aufgaben.

Bedeutung der GRV wird für große Teile der Bevölkerung auch in Zukunft fortbestehen¹⁰⁵).

Für die Weiterentwicklung der GRV liegt seit Jahren eine Fülle von Vorschlägen vor. Auf eine (relative) Verbesserung der Leistungen richtet sich das BVerfG-Urteil vom 7. Juli 1992, das für zukünftige Reformen vorschreibt, daß „unabhängig davon, auf welche Weise die Mittel für den Ausgleich aufgebracht werden, . . . jedenfalls sicherzustellen (ist), daß sich mit jedem Reformschritt die Benachteiligung der Familie tatsächlich verringert“ (Urteilsbegründung C 4.1.2 e, S. 63).

Verschiedene Vorschläge zielen darauf, durch Änderungen innerhalb der GRV den Belastungsanstieg zu bremsen und damit auch Spielräume für eine stärkere private Vorsorge (individuell oder betrieblich) zu schaffen. Die Reduzierung des Leistungsniveaus in der GRV durch eine Absenkung (oder eine gegenüber der Entwicklung der versicherungspflichtigen Einkommen verlangsamte Anhebung) der Beitragsbemessungsgrenze bedeutet eine Entlastung (und damit die Option einer anderweitigen Verwendung) nur für Einkommensteile oberhalb dieser Grenze. Sie löst das Finanzierungsproblem der GRV nicht, da den reduzierten Leistungen auch niedrigere Beitragseinnahmen gegenüberstehen. Für die Bezieher von Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze ergeben sich keine Entlastungen, sondern für eine lange Übergangszeit sogar höhere Abgaben als bei Beibehaltung der bestehenden Regelung für die Beitragsbemessungsgrenze.

Eine Reduzierung des Belastungsanstiegs ließe sich auch durch die Beseitigung oder Einschränkung der Anrechnung beitragsfreier und beitragsgeminderter Zeiten bewirken. Unterstellt man, daß eine bessere Ausbildung auch zu einem höheren Lebenseinkommen führt, könnte man z. B. an eine Reduzierung der Ausbildungsausfallzeiten denken, ohne diese Gruppe übermäßig zu belasten und das Risiko unzureichender Absicherung im Alter wesentlich zu erhöhen. Mit der Rentenreform 1992 wurde hier bereits ein Schritt vollzogen, der — mit einer Begrenzung auf nunmehr sieben statt zuvor maximal dreizehn anrechenbare Jahre — die Spielräume für weitere Reduzierungen allerdings eingeschränkt hat¹⁰⁶). Zu prüfen wäre allerdings, ob die Begrenzung nicht beitragsbegründeter Zeiten und damit der Elemente der interpersonellen Einkommensumverteilung in der GRV abgesehen von den Ausbildungsausfallzeiten besonders zu Lasten derjenigen geht, die ohnehin relativ geringe

¹⁰⁵) Auf der Grundlage der erwähnten Überlegungen und der bereits bei der Ist-Analyse und der Analyse der Einflußfaktoren gewonnenen Anhaltspunkte ist die Aussage, daß „in zukünftigen Altengenerationen die ökonomische Situation breiter Schichten nicht mehr im wesentlichen nur von der Entwicklung der staatlichen Alterssicherungssysteme bestimmt wird“ (Lang, 1994, 1) mit erheblicher Vorsicht zu interpretieren.

¹⁰⁶) Vgl. zu einer verlangsamten Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze und der Beseitigung von Elementen der interpersonellen Einkommensumverteilung auch die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesminister der Finanzen in seinem jüngsten Gutachten zu den Perspektiven staatlicher Ausgabenpolitik, Wissenschaftlicher Beirat 1994, Ziff. 65 ff.

Ansprüche erwerben. Für diese Gruppen wäre das Erreichen des Zieles der Lebensstandardsicherung in Frage gestellt, das Risiko der Altersarmut würde sich vergrößern.

Eine Alternative zu einer Lastverschiebung stellt eine bessere Integration der Teilsysteme dar (vgl. Igl, 1988, 589). Integration bedeutet, das Zusammenwirken der verschiedenen zur Alterssicherung beitragenden Systeme zu verbessern, Lücken und Reibungsverluste zu reduzieren, ohne dabei gleich eine veränderte Aufgabenverteilung anzustreben. In der Bevölkerung ist das Bewußtsein dafür, daß eine Alterssicherung, die auf mehreren „Säulen“ ruht, in der Regel höhere Leistungen und ein höheres Maß an Einkommenssicherheit im Alter gewähren kann, in den letzten Jahren erheblich gewachsen.

Schließlich sollten Maßnahmen zur Bewältigung der durch den demographischen Wandel bewirkten Probleme systemübergreifend ergriffen werden, und bei Einzelmaßnahmen in einem der Systeme sollten jeweils auch die Auswirkungen auf andere Systeme (der Alterssicherung und der sozialen Sicherung insgesamt) beachtet werden. Bei der weiteren Entwicklung ist auch zu prüfen, ob es zu einer Ausweitung der Differenzierung hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der staatlichen oder staatlich geförderten Alterssicherungssysteme kommt bzw. wie dies in Zukunft vermieden werden kann. Dies erfordert eine regelmäßige, differenzierte Verteilungsberichterstattung, die auch kohortenspezifische Entwicklungen verdeutlicht. Diese zu schaffen, ist eine wichtige Aufgabe als Grundlage für eine sachadäquate Entscheidungsvorbereitung.

Literatur

- Ahrend, Peter; Dorow, Sybille (1978):** Betriebliche Altersversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Strukturen, Umfang und Verbreitung sowie Aufwendungen und Vermögenswerte der betrieblichen Altersversorgung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1978, in: Der Betrieb, Beilage Nr. 19 zu Heft 41
- Ahrend, Peter; Förster, Wolfgang; Walkiewicz, Norbert (1990):** Die betriebliche Altersversorgung in Bayern. Situationsanalyse — Anregungen, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), München
- Andel, Norbert (1993):** Die Rentenversicherung im Prozeß der Wiedervereinigung Deutschlands, in: Hansmeyer, Karl-Heinrich (Hrsg.), Finanzierungsprobleme der deutschen Einheit II, Berlin (Duncker & Humblot), S. 63—111
- Bäcker, Gerhard; Dieck, Margret; Naegele, Gerhard; Tews, Hans-Peter (1989):** Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen. Wissenschaftliches Gutachten zur Lage der älteren Menschen und zur Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung des Zweiten Landesaltenplans. Düsseldorf
- Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard (1993):** Geht die Entberuflichung des Alters zu Ende? — Perspektiven einer Neuorganisation der Alterserwerbsarbeit, in: Naegele, Gerhard; Tews, Hans-Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft — Folgen für die Politik, Opladen (Westdeutscher Verlag), S.135—157
- Backhaus-Maul, Holger; Vogel, Dita (1992):** Vom ausländischen Arbeitnehmer zum Rentner — Ausgewählte Aspekte der finanziellen Absicherung und sozialen Versorgung alter Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 25, Heft 3, S. 166—177
- Barth, Sigrun; Hain, Wilfried; Müller, Horst-Wolf (1989):** Modellrechnungen über die finanziellen Auswirkungen des Aussiedlerzustroms auf die gesetzliche Rentenversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 10—11, S. 685—702
- Barth, Sigrun; Hain, Wilfried; Müller, Horst-Wolf (1994):** Langfristige demographische Bestimmungsfaktoren der Rentenfinanzen — Eine Vorausrechnung mit dem neuen Rentenmodell 1993. In: Deutsche Rentenversicherung, Heft 3—4, S. 228—258
- Berié, Hermann (1978):** Betriebliche Altersversorgung, neue statistische Ergebnisse, in: Arbeits- und Sozialstatistik, Heft 5/6, S. 135—140
- Berntsen, Roland; Bloßfeld, Doreen (1993):** Rentenversicherungsbericht 1993. Langwieriger Angleichungsprozeß, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 10, S. 5—16
- Beyer, Jürgen (1994):** Betriebliche Altersversorgung. Insgesamt rückläufige Tendenz, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 3, S. 26—29
- Birg, Herwig; Flöthmann, E.-J. (1994):** Entwicklung der Familienstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Belastungs- bzw. Transferquotienten zwischen den Generationen, wissenschaftliche Studie für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, Deutscher Bundestag, Bonn
- Böhm, Stefan (1993):** Zur zukünftigen Entwicklung der betrieblichen Altersversorgung, in: Angestelltenkammer Bremen, Mittelstädt, Armin (Hrsg.), Betriebliche Sozialpolitik. Relikt vergangener Zeiten oder Gestaltungsebene mit Zukunft, Hamburg (VSA), S. 31—50
- Böhm, Stefan; Pott, Arno (1992):** Verteilungspolitische Aspekte der Rentenüberleitung, in: Schmähl, Winfried (Hrsg.), Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung, Schriftenreihe des Zentrums für Sozialpolitik Band 1, Frankfurt—New York (Campus), S. 166—227
- Borchert, Jürgen (1993):** Renten vor dem Absturz. Ist der Sozialstaat am Ende?, Frankfurt (Fischer)
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1992 a):** Alterssicherung in Deutschland 1986. Band I: Die Bevölkerung ab 55 Jahren. Forschungsbericht 200-I Sozialforschung (Infratest Sozialforschung, Bearbeiter Heinz-Peter Rappel), Bonn
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1992 b):** Alterssicherung in Deutschland 1986. Band IV: Haushalte und Ehepaare. Forschungsbericht 200-IV Sozialforschung (Infratest Sozialforschung, Bearbeiter Klaus Kortmann), Bonn
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1992 c):** Alterssicherung in Deutschland 1986. Zusammenfassender Bericht. Die Einkommenssituation der Bevölkerung vom 55. Lebensjahr an. Forschungsbericht 200-Z Sozialforschung (Infratest Sozialforschung, Bearbeiter Klaus Kortmann und Heinz-Peter Rappel), Bonn
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1993):** Entwicklung der Alterssicherung in Deutschland 1986—1989. Fortschreibung der ASID '86 in den Jahren 1987 und 1989. Forschungsbericht 200/F Sozialforschung (Infratest Sozialforschung), Bonn
- Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.) (1993):** Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland, Bonn
- Deutsche Bundesbank (1993 a):** Die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland seit dem Ende der achtziger Jahre, in: Monatsbericht August, S. 55—65
- Deutsche Bundesbank (1993 b):** Zur Vermögenssituation der privaten Haushalte in Deutschland, in: Monatsbericht Oktober 1993, S. 19—32
- Dietzel-Papakyriakou, Maria (1991):** Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung — III Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen, Berlin, S. 1—154

- Dinkel, Reiner H.; Lebok, Uwe (1993):** Könnten durch Zuwanderung die Alterung der Bevölkerung und die daraus resultierenden Zusatzlasten der Sozialen Sicherung aufgehoben oder gemildert werden?, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 6, S. 388—400
- DIW (1990):** Erwerbstätigkeit und Einkommen von Frauen in der DDR, in: DIW-Wochenbericht Nr. 19, S. 263—267
- DIW (1994):** Ausländerintegration und Bildungspolitik, in: DIW-Wochenbericht 3, S. 33—38
- Dreissig, Eberhard (1991):** Erfahrungsbericht über betriebliche Altersversorgung in der ehemaligen DDR, in: Betriebliche Altersversorgung, Folge 1, S. 1—4
- Dudey, Stefan (1993):** Vorausschätzungen der Kostenentwicklung in der GKV, wissenschaftliche Studie für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, Deutscher Bundestag, Bonn
- Fachinger, Uwe (1994):** Lohnentwicklung im Lebensablauf. Empirische Analysen für die Bundesrepublik Deutschland anhand von prozeßproduzierten Längsschnittdaten, Frankfurt—New York (Campus)
- Färber, Gisela (1994):** Einkommenssicherung durch Realkapitalbildung, in: Handelsblatt Nr. 30 vom 11./12. 2. 1994 (Reihe Renten, XII)
- Gaugler, Eduard (1987):** Die Rolle der betrieblichen Altersversorgung aus personalwirtschaftlicher Sicht, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung zbf, 39. Jahrgang, Heft 10, S. 860—874
- Grütz, Jens; Lankes, Fidelis; Tautz, Roland; Roppel, Ullrich (1993):** Modellrechnung zum Erwerbspersonpotential und zur Arbeitsmarktbilanz bis zum Jahre 2030. In: Deutsche Rentenversicherung, Heft 7, S. 449—462
- Hain, Winfried; Luckert, Hilmar; Müller, Horst-Wolf; Nowatzki, Jürgen (1992):** Was brachte die Rentenumwertung? — Zur Übertragung des SGB VI auf den Rentenbestand in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 9, S. 521—549
- Heubeck, Klaus (1992):** Altersversorgung, betriebliche, in: Gaugler, Eduard; Weber, Wolfgang (Hrsg.), Handwörterbuch des Personalwesens, Stuttgart (Poeschel), 2. Aufl., Spalte 18—29
- Heubeck, Klaus (1994):** Anmerkungen zu den umlagefinanzierten Sozialversicherungen in Deutschland, in: Schweber, Robert u. a. (Hrsg.), Dieter Farny und die Versicherungswissenschaft, Kalsruh (Verlag Versicherungswirtschaft), S. 233—235
- Hof, Bernd (1992):** Arbeitskräftebedarf der Wirtschaft, Arbeitsmarktchancen für Zuwanderer, in: Forschungsinstitut der Friedrich Ebert Stiftung, Abt. Arbeits- und Sozialforschung (Hrsg.), Zuwanderungspolitik der Zukunft, Bonn, S. 7—22
- Höfer, Reinhold (1990):** Verborgene Betriebsrentenlasten in den neuen Bundesländern, in: Betriebliche Altersversorgung, Folge 8, S. 251—253
- Ifo-Institut (1993):** Betriebliche Altersversorgung. Sechstes Forschungsvorhaben zur Situation und Entwicklung der betrieblichen Altersversorgung in den alten Bundesländern, München
- Igl, Gerhard (1988):** Für eine integrierte Alterssicherung, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 9, S. 581—600
- Kaukewitsch, Peter (1978):** Arten und Umfang der betrieblichen Altersversorgung, 1976, in: Wirtschaft und Statistik, Heft 10, S. 609—617
- Kiel, Walter; Luckert, Hilmar (1991):** Finanzielle Auswirkungen der Umwertung der Bestandrenten des Beitrittsgebiets nach dem Renten-Überleitungsgesetz, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 8—9, S. 555—603
- Klose, Ulrich (1994):** Junge Welt — Alte Welt, in: forum demographie und politik Nr. 5, Februar 1994, S. 5—11
- Kollatz, Christoph (1991):** Arbeit und Altersversorgung. Analyse und Konsequenzen des Wandels der Erwerbsarbeit. Dissertation, Technische Universität Darmstadt, Fachbereich Rechts- und Sozialwissenschaften
- Kortmann, Klaus (1992):** Kleinrenten, Niedrigeinkommen und Sozialhilfebedarf im Alter. In: Deutsche Rentenversicherung, Heft 5—6, S. 337—362
- Lang, Oliver (1994):** Die Einkommens- und Vermögensverhältnisse künftiger Altengenerationen in Deutschland, wissenschaftliche Studie für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, Deutscher Bundestag, Bonn
- Mittelstädt, Armin (1992):** Der Einfluß von Arbeitslosigkeitsphasen auf die Rentenhöhe — Eine mikroökonomische Zeitverlaufsbeobachtung, in: Zeitschrift für Gerontologie, Band 25, Heft 3, S. 186—192
- Niederfranke, Annette (Hrsg.) (1993):** Fragen geriatrischer Rehabilitation. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren Band 21, Stuttgart (Kohlhammer)
- Niermann, Udo (1993):** Betriebliche Altersversorgung in den neuen Bundesländern, in: Betriebliche Altersversorgung, Folge 1, S. 20—23
- OECD (1992):** Private pensions and public policy, OECD Social Policy Studies No. 9, Paris
- Paul, Christine; Voit, Hermann; Hammes, Winfried (1992):** Entwicklung der Privathaushalte bis 2010. Ergebnis der Haushaltsvorausberechnung für das frühere Bundesgebiet. In: Wirtschaft und Statistik 9/1992, S. 620—626
- Radtke, Günter (1990):** Voraussetzungen für eine betriebliche Altersversorgung in der DDR, in: Betriebliche Altersversorgung, Folge 4, S. 139—142
- Rahmenbedingungen (1991):** Rahmenbedingungen für die betriebliche Direktversicherung nach dem Einigungsvertrag, in: Betriebliche Altersversorgung, Folge 1, S. 4—12

- Rehfeld, Uwe (1991):** Ausländische Arbeitnehmer und Rentner in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 7, S. 468—492
- Rentenversicherungsbericht (1993):** Bericht der Bundesregierung über die gesetzlichen Rentenversicherungen, Bundestags-Drucksache 12/5470 vom 21. 7. 93, Deutscher Bundestag, Bonn
- Rosenberg, Peter (1992):** Wie leistungsfähig ist die „zweite Säule“?, in: Förster, Wolfgang; Rößler, Norbert (Hrsg.), Betriebliche Altersversorgung in der Diskussion zwischen Praxis und Wissenschaft, Köln (Otto Schmidt), S. 101—115
- Rößler, Norbert (1992):** Spezielle Versicherungsleistungen für die betriebliche Altersversorgung von Arbeitnehmern im Beitrittsgebiet, in: Betriebliche Altersversorgung, Folge 5, S. 169—173
- Ruland, Franz (1994):** Die langfristige Sicherung der Renten, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 3—4, S. 213—227
- Rürup, Bert; Sesselmeier, Werner (1994):** Zu den wichtigsten Auswirkungen von Einwanderung auf Arbeitsmarkt und Sozialversicherung, in: forum demographie und politik Nr. 5, Februar 1994, S. 64—89
- Sachverständigenrat (1994):** Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gesundheitsvorsorge und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht 1994, hektographiert
- Schlomann, Heinrich (1992):** Vermögensverteilung und private Alterssicherung. Frankfurt—New York (Campus)
- Schlomann, Heinrich (1993):** Die Entwicklung der Vermögensverteilung in Westdeutschland, in: Huster, E.-U. (Hrsg.). Reichtum in Deutschland. Der diskrete Charme der sozialen Distanz. Frankfurt—New York (Campus), S. 54—83
- Schmähl, Winfried (1977):** Alterssicherung und Einkommensverteilung, Tübingen (J. C. B. Mohr, Paul Siebeck)
- Schmähl, Winfried (1983):** Auswirkungen von Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung auf die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherungen im Vergleich zur gesetzlichen Rentenversicherung, in: Konjunkturpolitik, 29. Jg., S. 100—120
- Schmähl, Winfried (1990):** Angst vor Altersarmut ist unbegründet, in: Handelsblatt, 15. 2. 1990, S. 2
- Schmähl, Winfried (1991):** Zur Bedeutung der Statistik für die Sozialpolitik — Einige Anmerkungen zu einem komplexen Thema —. In: Deutsche Rentenversicherung, Heft 10—11, S. 607—617
- Schmähl, Winfried (1993):** Mindestsicherung im Alter: Einführung und Überblick. In: Schmähl, Winfried (Hrsg.). Mindestsicherung im Alter. Erfahrungen, Herausforderungen, Strategien. Frankfurt—New York (Campus), S. 9—26
- Schmähl, Winfried (1993 a):** Demographische Entwicklung und Pflegeausgaben, in: Sozialer Fortschritt, 42. Jg., S. 233—235
- Schmidt, Josef; Chruszcz, Detlef (1994):** Demographische Untersuchung zur Frage eines Einwanderungsbedarfs in der Europäischen Union, in: forum demographie und politik Nr. 5, Februar 1994, S. 18—45
- Schmidt, Robert (1993):** Produktive Arbeitsförderung Ost, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 1, S. 10—12
- Schulin, Bertram (1988):** Betriebliche Altersversorgung, Funktionen und Regelungsprobleme, in: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht ZIAS, 2. Jg., Heft 1, S. 10—36
- Schulz, Erika (1994):** Der Einfluß verstärkter Wanderungen auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland, in: forum demographie und politik Nr. 5, Februar 1994, S. 46—63
- Skarpelis-Sperk, Sigrid (1993):** Arbeit und Wirtschaft im demographischen Wandel, in: Klose, Ulrich (Hrsg.), Altern der Gesellschaft, Köln, S. 65—94
- Sommer, Bettina (1992):** Entwicklung der Bevölkerung bis 2030. Ergebnis der siebten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 4, S. 217—222
- Sozialbeirat (1992):** Gutachten des Sozialbeirats zum Rentenversicherungsbericht 1992, Bundestags-Drucksache 12/3111 vom 30. 7. 92, Deutscher Bundestag, Bonn
- Sozialreport (1993):** Daten und Fakten zur sozialen Lage in den neuen Bundesländern (Sozialreport 1992), Berlin (Morgenbuch)
- Stephan, Helga; Wiedemann, Eberhard (1990):** Lohnstruktur und Lohndifferenzierung in der DDR, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Heft 4, S. 550—562
- Thelen, Karl-Peter (1990):** Ökonomische Analyse der betrieblichen Altersversorgung, Bergisch-Gladbach—Köln (Josef Eul)
- VDR (1992):** Rentenbestand am 1. Januar 1992, VDR Statistik, Band 100, Frankfurt
- Viebrok, Holger (1992):** Zu den Auswirkungen des Hinterbliebenen- und Erziehungszeitengesetzes auf das Absicherungsniveau von Witwen und Witwern und auf die Verteilung ihrer Renten. In: Zeitschrift für Gerontologie, Band 25, Heft 3, S. 193—208
- Vogel, Dita (1993):** Sozialpolitische Integration als zuwanderungspolitisches Steuerungsinstrument, in: Jürgen Wahl (Hrsg.), Sozialpolitik in der ökonomischen Diskussion, Marburg (Metropolis), S. 227—248, wiederabgedruckt in: forum demographie und politik Nr. 5, Februar 1994, S. 132—155
- von Puskás, Gezá (1993):** Aktuelle Entwicklungen der Zusatzversorgung, in: Betriebliche Altersversorgung, Folge 5/93, S. 169—172
- Weiland, Martin J. (1994):** Arbeitsförderung Ost — „h“ wie Hoffnung, in: Bundesarbeitsblatt 4/1994, S. 5—8
- Wissenschaftlicher Beirat (1994):** Perspektiven staatlicher Ausgabenpolitik, Gutachten erstattet vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, Schriftenreihe des BMF, Heft 51, Bonn

5 Aktives Älterwerden

Im Themenbereich 5 werden zwei in sich geschlossene Zugänge zu dem Thema „Aktives Älterwerden“ präsentiert: Die große Zahl der Kommissionsmitglieder stellte sich vornehmlich hinter das in Abschnitt 5.1 wiedergegebene, in sich schlüssige Gedankengebäude. Ein kleinerer Teil bevorzugte den in Abschnitt 5.2 dargelegten wissenschaftlichen Ansatz. Da die politischen Optionen im Konsens formuliert werden konnten, muß nicht im eigentlichen Sinne von Mehrheits- oder Minderheitenvoten gesprochen werden.

5.1 Sichtweise eines größeren Teils der Kommission

5.1.1 Ausgangslage

So wie „Alter“ und „Altern“ differenziert zu betrachten und Unterschiede zwischen Personen gleicher Geburtsjahrgänge sehr groß sind, hervorgerufen durch ein Wechselspiel zwischen Anlage und Umweltfaktoren, die während der gesamten Lebensentwicklung wirksam werden, so umfaßt auch „Aktives Älterwerden“ eine breite Palette von Verhaltensweisen und ist in seiner jeweiligen Form und Ausprägung beeinflusst von Voraussetzungen auf individueller Seite wie auch von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

„Aktives Älterwerden“ bedeutet keine normative „Leistungs“-Vorgabe. Aktivität ist als unmittelbarer Ausdruck der auf Tätigkeit angelegten menschlichen Natur zu sehen und kann sich in vielen Formen äußern. So schließen alle Alltagstätigkeiten körperliche, geistige und oft auch soziale Aktivitäten mit ein; selbst der im Schaukelstuhl sitzende Hochbetagte, der sich Gedanken macht, ist ebenso „aktiv“ wie derjenige, der sich auf unterschiedliche Art mit Problemsituationen äußerlich auseinandersetzt.

Alle internationalen Längsschnitt-Studien stellen übereinstimmend Aktivität „als das wichtigste Vorhersagekriterium für eine Langlebigkeit bei psychophysischem Wohlbefinden heraus“ (Palmore, 1985).

Auch Krankheit oder Behinderung schließen aktive Formen des Umgangs mit diesen Lebenslagen ein. Die Mehrzahl der Älteren von heute ist jedoch relativ frei von behinderungs- bzw. krankheitsbedingten Einschränkungen ihres Aktivitätspotentials; es ist davon auszugehen, daß dies auf die „Alten der Zukunft“ in eher noch höherem Maße zutreffen wird. Gleichwohl muß stets berücksichtigt werden, daß die Realisierung von Aktivitätspotentialen nicht unabhängig von bestimmten Rahmenbedingungen und Einflußfaktoren gesehen werden kann. So sind beispielsweise sozio-ökonomische, ökologische, ethnische und geschlechtsspezifische Merkmale in ihrer Wechselwirkung mit Alternsveränderungen zu berücksichtigen.

Die Merkmale und ihre Wirkungszusammenhänge sind mit unterschiedlicher Intensität erforscht.

Der Einfluß umgebungsbedingter Faktoren (wie z. B. Infrastruktur, Anregungsgehalt der Umwelt usw.) wird in den folgenden Unterkapiteln jeweils herausgearbeitet. Auf eine Diskussion ethnischer Faktoren wird hier mangels fundierter und differenzierter Analysen zunächst verzichtet. Geschlechtsspezifische Einflußfaktoren werden — soweit bekannt und relevant — für die Diskussion „Aktiven Älterwerdens“ angesprochen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Kenntnisstand in diesen Bereichen z. T. lückenhaft ist. So liegen Informationen über weibliche Alternsprozesse vor; eine Erforschung von Einflußfaktoren auf Alternsprozesse in Männerbiographien steht jedoch weitestgehend aus. Gerontologische Forschungen gerieren sich vielfach „geschlechtsneutral“. Insofern kann eine Diskussion geschlechtsspezifischer Einflüsse nur punktuell vorgenommen werden.

Die nachfolgenden Abschnitte konzentrieren sich auf wesentliche Voraussetzungen für „aktives Älterwerden“ und beschreiben, von empirischen Daten ausgehend, Hauptfelder der Aktivitätseinfaltung.

5.1.1.1 Zur Begriffserklärung

Aktives Altern im Selbstverständnis der Bevölkerung — „Aktives Altern“ kennzeichnet eine Ziel- und Wunschvorstellung einer großen Mehrheit der Bevölkerung, entspricht aber auch dem Selbstverständnis älterer Menschen. Frauen und Männer der alten Bundesländer aus den Altersgruppen 40—59 Jahren verneinten im Dezember 1989 zu 70 v. H. die Auffassung, daß das Leben im Ruhestand keine interessanten Aufgaben mehr habe, nur 3,5 v. H. stimmten ihr zu. Fast 80 v. H. der gleichen Altersgruppe widersprechen auch der Meinung, im Ruhestand „zu Hause herumsitzen zu müssen“, nur 3 v. H. stimmten ihr zu (EMNID, 1989).

Nach einer Umfrage im Jahr 1991 äußerten 70 v. H. der 60—74jährigen und 78 v. H. der 75jährigen und Älteren in den neuen Bundesländern, daß sie ihr gegenwärtiges Leben als eine Aufgabe betrachteten und noch etwas leisten wollten, „auch wenn das oft schwer und mühsam ist“. Auch die Befragten der gleichen Altersgruppen in den alten Bundesländern äußerten sich in der Mehrheit (zu 69 bzw. 59 v. H.) in der gleichen Richtung, wenn bei ihnen auch stärker als in den neuen Bundesländern die Meinung vertreten war, daß sie ihr Leben genießen wollten. Nach der gleichen Allensbach-Umfrage war eine ähnliche leistungs- und aktivitätsbetonende Sicht des eigenen Lebens nur bei 50 v. H. der 16—29jährigen in den neuen Bundesländern gegeben (Institut für Demoskopie, 1991).

Bei einer Befragung der älteren Bevölkerung innerhalb der Europäischen Gemeinschaft im Jahre 1991 berichtete ein Drittel, in ihrem Alltag so beschäftigt zu sein, daß man oft gar nicht genug Zeit habe, um alles zu erledigen. Nur 2,9 v. H. äußerten, im Alter nichts zu tun zu haben. Die Befragten aus Deutschland gehörten nach jenen aus Dänemark zu den Senioren mit dem durch Aktivitäten am meisten ausgefüllten Alltag (CEC, 1993).

Aktives Älterwerden kennzeichnet aber auch einen Lebensstil, der im Interesse der Förderung der Gesundheit und einer zufriedenstellenden Gestaltung des Alltags von Wissenschaft und Politik empfohlen wird. So wird etwa in sozialmedizinischen Erhebungen über das Ausmaß von Hilfebedürftigkeit in der älteren Bevölkerung festgestellt, daß reduzierte funktionale Kapazität nicht nur durch Krankheit und das Alter bedingt seien, sondern vor allem durch einen Mangel an körperlicher Betätigung und darüber hinaus an allgemeiner Inaktivität (Haukanen et al., 1994). Hochbetagte, die bei guter Gesundheit ein hohes Alter erreichten, zeichneten sich während ihres ganzen Lebens durch einen aktiven Lebensstil aus (Thomae, 1993). Ein großer Teil der Hundertjährigen, die Franke / Schramm et al. (1985), Beregi (1990) und Antonini et al. (1991) beobachteten, hat bis in das elfte Lebensjahrzehnt hinein zum Teil auch körperlich schwer gearbeitet.

Nach einer der bedeutsamsten Alternstheorien stellt Aktivität, insbesondere in der Form intensiver Interaktionen mit der sozialen Umwelt, eine der wichtigsten Voraussetzungen für Lebenszufriedenheit im Alter — und damit für ein „erfolgreiches Altern“ (Havighurst, 1963) dar. Unter den vielen Studien, welche diese Theorie bestätigten, sei ein Befund von Rudinger et al. (1990) hervorgehoben, demzufolge Zufriedenheit im Alltag in direkter kausaler Beziehung zu sozialer Aktivität im Alter steht. Longino et al. (1982) stellten fest, daß Aktivität in Gestalt informeller Interaktionen mit Nachbarn, Freunden und Bekannten am meisten vor allen anderen untersuchten Faktoren zur Zufriedenheit im Alter beiträgt. In einer Studie an älteren Bürgern von Rom stellte Laicardi (1990) fest, daß reduzierte Aktivität die Lebenszufriedenheit im Alter mindert. Haditono (1986) bestätigte in einer indonesischen Altersstudie den gleichen engen Zusammenhang zwischen Aktivität und Lebenszufriedenheit. Aktivität trage zu einem positiven Selbstbild bei und mindere das Gefühl des Abgeschobenseins.

Aktives Altern als normales Altern — Befunde, wie die zuletzt genannten, verweisen über Länder und Kulturen hinweg auf den engen Zusammenhang zwischen Aktivität und Lebenszufriedenheit. Aktives Altern wird damit als unmittelbarer Ausdruck der auf Tätigkeit angelegten menschlichen Natur erkennbar und kann deshalb mit einem normalen Altern gleichgesetzt werden.

Die positiven Auswirkungen dieser Alternsform in Bezug auf Gesundheit und Lebenszufriedenheit hängen allerdings von der sozialen Einbettung dieser Aktivität ab, mag sich diese auch in sehr individuellen Formen einer Beschäftigung, wie beispielsweise dem Malen, Basteln oder dem Lernen einer Fremdsprache

äußern. Aktivität, die sich in aggressiver oder destruktiver Form äußert, hilft keinem, sie schadet nur.

Man hat deshalb den Begriff des aktiven Alterns auch durch jenen des „produktiven“ Alterns ersetzt. Der Nachteil dieses Begriffes ist, daß er menschliche Aktivität auf irgendeine Art wirtschaftlicher oder kultureller Leistung zu beschränken geeignet ist. Der Vielgestaltigkeit menschlicher Charaktere und insbesondere der von vielen Gerontologen hervorgehobenen „Individualität“ des Alternsprozesses widerspricht eine derartige Einengung. Aktives Altern kann sich in vielen Formen äußern, von der weitgehend selbständigen Ausführung der zum Leben im Alltag notwendigen Aktivitäten, wie sie durch „activities of daily living“ — Skalen gemessen werden, deren Bereicherung durch selbst gewählte Freizeitaktivitäten, über eine fortgeführte oder wiederaufgenommene berufliche Tätigkeit bis zum aktiven Engagement in einer Gruppe, Gemeinde oder Organisation. Auch Krankheit oder Behinderung schließen aktive Formen des Umgangs mit diesen Lebenslagen ein. Insofern ist aktives Altern der Lebensstil der weitaus überwiegenden Mehrheit der älteren Bevölkerung.

5.1.1.2 Voraussetzungen und Hemmnisse aktiven Alterns

Die Ausübung sowohl der instrumentellen Alltagsaktivitäten (wie jener des Sichankleidens oder der Zubereitung von Mahlzeiten), noch mehr die Ausübung einer beruflichen oder nachberuflichen Tätigkeit und jene der meisten Freizeitaktivitäten setzt bestimmte physische, kognitive und soziale Kompetenzen voraus. Nach dem Urteil der beteiligten wissenschaftlichen Fachrichtungen ist bei der weit überwiegenden Mehrheit älterer Menschen ein ausreichendes Maß dieser Kompetenzen bis ins achte und neunte Lebensjahrzehnt festzustellen. Begrenzungen dieser Kompetenzen treten am häufigsten durch sensorische oder motorische Behinderungen in Erscheinung, die zum Teil durch Behandlung gebessert oder durch technische Hilfen ausgeglichen werden können.

Geistige Leistungsfähigkeit — Besondere Stärken älterer Menschen sind vor allem im Bereich der an Erfahrung gebundenen und „Praktischen Intelligenz“, vorzufinden, während die Schnelligkeit von Informationsaufnahme und -verarbeitung zurückzugehen scheint. Neuere Untersuchungen haben die These von Kay (1959) bestätigt, daß auch das alternde Gehirn eine Plastizität aufweist, dank welcher verloren geglaubte Fähigkeiten durch Übung wiederhergestellt werden können.

Stärkere körperliche Beschwerden können die intellektuelle Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Auch der Mangel an Anregung in der Umgebung kann diese Fähigkeit reduzieren. Positive Auswirkungen auf die geistige Leistungsfähigkeit im Alter hat die Schulbildung und die dadurch wenigstens bei den meisten früheren Geburtsjahrgängen vorgezeichnete Berufslaufbahn. Leistungsvergleiche von jüngeren und älteren Personen, welche nicht die unterschiedlichen Chancen berücksichtigten, welche frühere und später geborene Kohorten zum Besuch einer weiter-

führenden Schule hatten, müssen deshalb zu falschen Rückschlüssen über die geistige Leistungsfähigkeit älterer Menschen führen (Lehr, 1991).

Der Anteil von krankhaften Abbauerscheinungen der geistigen Leistungsfähigkeit wird in methodisch hinreichend abgesicherten Studien auf etwa 5 v. H. der Bevölkerung über 60 Jahren geschätzt (Anthony et al., 1992).

Alltagskompetenzen — Für die altenpolitische Diskussion von vorrangiger Bedeutung ist die Fähigkeit älterer Menschen, die zur Lebensführung notwendigen Alltagsaktivitäten wie das Aufstehen, die körperliche Reinigung, den Gang zur Toilette, das Begehen von Treppen und den Einkauf usf. weitgehend selbständig auszuführen. Wenn auch bei der letzten Erhebung über das Ausmaß selbständiger Lebensführung im Alter (Infratest, 1992) durch die Art der Kontaktaufnahme mit den Befragten eher mehr als weniger Behinderungen geäußert wurden, wurde doch deutlich, daß die weitaus überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung bis ins hohe Alter selbständig in der Ausführung ihrer Alltagsaktivitäten ist (vgl. Tab. 55).

Tabelle 55

Ausmaß der Kompetenz zu selbständiger Lebensführung im Alter

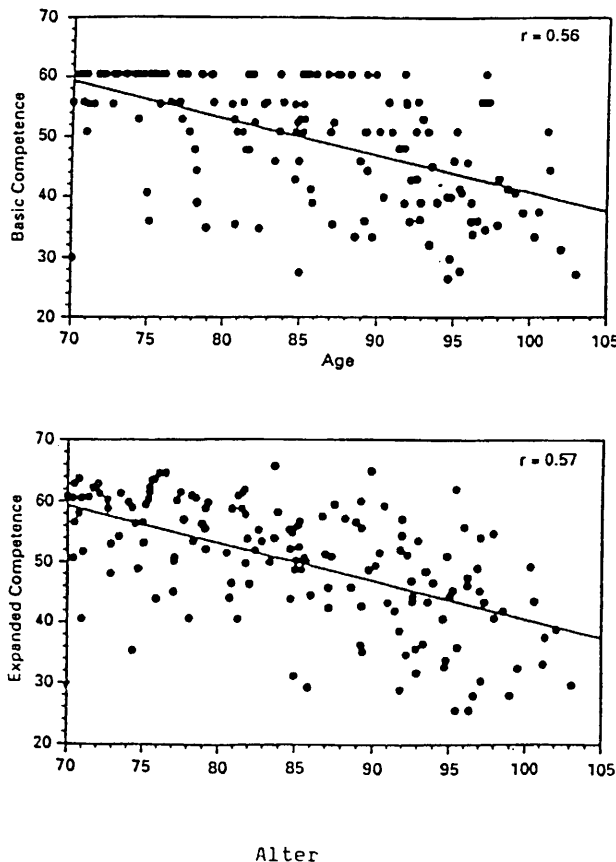
Altersgruppe	Vom-Hundert-Satz der nicht hilfe- oder pflegebedürftigen Personen
65—69 Jahre	98,3
70—74 Jahre	96,8
75—79 Jahre	93,8
80—84 Jahre	89,3
85 Jahre und älter	73,7

(nach Infratest, 1992)

Die erhebliche Abnahme dieser Alltagskompetenz bei den 85jährigen und Älteren bedarf einer kritischen Überprüfung; während sich aus dieser sozialwissenschaftlichen Erhebung ein exponentieller Verlauf der Abnahme der Alltagskompetenz ableiten läßt, sprechen die Daten der Berliner Altersstudie (BASE), in welcher die Alltagskompetenz 70—105jähriger sehr differenziert erfaßt wurde, eher für einen kontinuierlichen Verlauf der Kompetenzentwicklung (M. Baltes et al., 1993). Von den Ergebnissen dieser Studie sind die wiederholten Hinweise auf das hohe Ausmaß an interindividueller Variabilität der Alltagskompetenz bemerkenswert, die aus der weiten Streuung der Werte hervorgeht (vgl. Abb. 26). Diese interindividuelle Variabilität bezog sich sowohl auf die „Basiskompetenz“, definiert durch die üblichen klinischen Skalen zur Einschätzung des Hilfebedarfs, wie auf die „erweiterte Kompetenz“. Diese wurde durch die im Interview erhobenen außerhäuslichen Aktivitäten vor

Abbildung 26

T-Werte für Basiskompetenz (basic competence) und erweiterte Kompetenz (expanded competence)



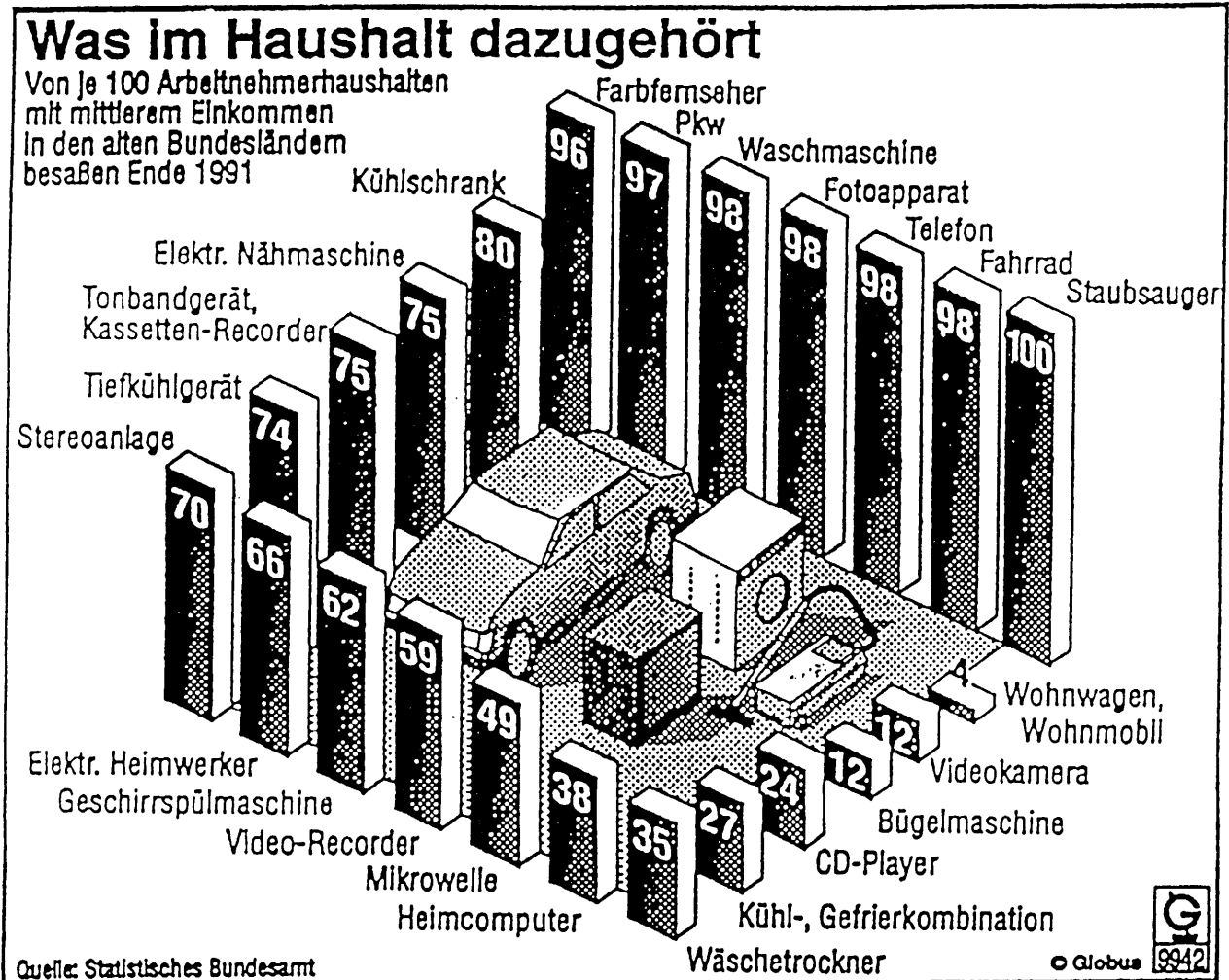
Quelle: Baltes et. al., 1993

allem sozialer Natur definiert. Naturgemäß war die erweiterte Kompetenz vom Grad der Basiskompetenz abhängig. Den höchsten Wert in der „erweiterten Kompetenz“ erreichte ein Neunzigjähriger.

Das Lebensalter ist somit für die Alltagskompetenz nicht so ausschließlich von Bedeutung, wie dies manche Sozialpolitiker bei ihren Schlußfolgerungen über die demographische Entwicklung ableiten. Faktoren wie Gesundheit, Schulbildung, Lebensstil und Geschlechtszugehörigkeit müssen mitberücksichtigt werden.

Die Reichweite der Alltagskompetenz wurde schon heute durch einen hohen Technisierungsgrad der Haushalte erhöht (vgl. Abb. 27). Technische Hilfsmittel (wie z. B. höhenverstellbare Waschtische, Toiletentische, Toilettensitze — und Betten), können alltägliche Verrichtungen ebenso erleichtern und zum Teil erst ermöglichen, wie eine Vielzahl von Greif- und Schneidehilfen, Spezialbestecke und -geschirr usf.. Außerdem erweitern Gehhilfen, Gehgestelle und Rollstühle in leicht klappbarer und dennoch stabiler Form die Mobilität innerhalb und außerhalb der Wohnung (Blosser-Reisen, 1990). Nach Untersuchungen von Hampel ist die Akzeptanz solcher technischer

Was im Haushalt dazugehört



Quelle: Baltes et. al., 1993

Hilfen bei Älteren im allgemeinen hoch; allerdings werden daraus von vielen keine Konsequenzen für die Ausstattung des eigenen Haushalts gezogen (Hampel, 1993). Dies war nach dieser Studie eher bei solchen Senioren der Fall, bei denen gesundheitliche Beeinträchtigungen schon im mittleren Erwachsenenalter aufgetreten, oder die schon von Kind an behindert waren. Auch jene Personen machten von technischen Hilfen zur Erleichterung der Alltagsarbeit häufiger Gebrauch, bei denen die Suche nach der Lösung technischer Probleme früher zum Berufsalltag gehörte.

Nach Mollenkopf war die Bereitschaft zur Nutzung von Technik zur Erhöhung der „erweiterten Kompetenz“ in hohem Grade von allgemeinen Einstellungen und dem „Interesse am Leben“ abhängig (Mollenkopf, 1993). Hemmschwellen bestehen, wenn etwa bei einem PKW oder einem Radiogerät die Anzeige- und Bedienungselemente anders gestaltet und positioniert sind als bei dem bisher genutzten Gerät, oder wenn das Erlernen der Benutzung mit neuen Handlungsabläufen verbunden ist, wie z. B. bei der elektronischen Kommunikation.

Berufliche Leistungsfähigkeit — Nach den Zeugnissen der Sozialgeschichte gab es bis in das Zwanzigste Jahrhundert hinein im wesentlichen zwei Formen des Alterns: Entweder das Arbeiten, „solange die Kräfte es erlauben“, oder das Leben im Zustand der physischen und ökonomischen Hilfebedürftigkeit nach dem Verlust der Arbeitsfähigkeit. Die Zielsetzung eines „aktiven Alterns“ stellte sich somit für die große Mehrheit älterer Menschen nicht. „Daß Arbeitsfähigkeit praktisch auch Arbeitspflicht bedeutete, daß die Alten eine ihren Fähigkeiten angemessene Arbeit nicht ausschlagen konnten, war keine Frage“ (Schäfer 1983, S. 259).

In der Gegenwart sind ältere Arbeitnehmer dagegen nur gefragt, wenn ein Mangel an Arbeitskräften besteht. So entwickelte die Nuffield Foundation in den Fünfziger Jahren ein Forschungsprogramm zur Frage der beruflichen Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer, da diese zum Aufbau der englischen Industrie gebraucht wurden (Welford, 1958). Nach der Einführung automatisierter Produktion in der Bundesrepublik wurden die von dem englischen Forschungsprogramm widerlegten Zweifel an der beruflichen Lei-

stungsfähigkeit dieser Gruppe von Arbeitnehmern mit dem Argument erneut vorgebracht, daß diese nicht fähig seien, sich auf die neuen Arbeitsbedingungen umzustellen.

Obwohl sich auch dieses Argument nach der Untersuchung von Schmidt in einem Großbetrieb der chemisch-pharmazeutischen Industrie als nicht haltbar erwies (Schmidt, 1977), und obwohl sich Arbeitgeber, Gewerkschaften und Wissenschaftler im Rahmen des „Rationalisierungskuratoriums der Deutschen Wirtschaft“ bemühten, die Chancen älterer Arbeitnehmer zu verbessern, hat sich in den Betrieben eine „altersselektive, jugendzentrierte Personalpolitik“ durchgesetzt (Bäcker, 1993), welche die Frage nach den Kompetenzen älterer Arbeitnehmer weitgehend zurückdrängt. Dennoch ist es wichtig, in dieser Situation festzuhalten, „daß es keinen generell vom Alter abhängigen Abbau des physisch-psychischen Leistungsvermögens in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit gibt“ (Naegele, 1992, S. 23).

Wohl treten Veränderungen in der Struktur dieses Leistungsvermögens auf. Man kann daher — nach Naegele — davon sprechen, daß ältere Arbeitnehmer nicht weniger, sondern „anders“ leistungsfähig sind als ihre jüngeren Kollegen. Nach einer von der BDA erarbeiteten Übersicht über die einschlägigen Forschungsergebnisse nahmen u. a. die Geübtheit in der Ausführung geforderter Tätigkeit, Erfahrung, Urteilsvermögen, Treffsicherheit, Genauigkeit bei geringem Komplexitätsgrad der Aufgaben, Zuverlässigkeit, positive Einstellung zur Arbeit und das Sicherheitsbewußtsein bei den älteren Arbeitnehmern zu. Konstant bleiben nach der gleichen Quelle Widerstandsfähigkeit gegen physische Dauerbelastung unterhalb der Belastungsgrenze, Allgemeinwissen, Fähigkeit zur Informationsaufnahme und -verarbeitung, Konzentration und Merkfähigkeit und unter bestimmten Voraussetzungen auch die Lernfähigkeit. Zu den mit dem Alter abnehmenden Fähigkeiten gehören Muskelkraft, Beweglichkeit, Widerstandsfähigkeit gegen Belastungen oberhalb der Belastungsgrenze, Seh- und Hörvermögen, geistige Beweglichkeit und Umstellungsfähigkeit, Geschwindigkeit der Informationsaufnahme und -verarbeitung, Kurzzeitgedächtnis, Risikobereitschaft und Schnelligkeit bei Bewegungsabläufen.

Als Argument gegen die berufliche Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer können Statistiken über die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage in verschiedenen Altersgruppen angesehen werden. Hier findet sich bei den meisten Erkrankungen eine Zunahme der Fehlzeiten vom 30. Lebensjahr an (vgl. Kommissionsdrucksache Nr. 12). Die Häufigkeit kurzfristiger Fehlzeiten nimmt dagegen mit zunehmendem Alter ab. Naegele wertet das zunehmende Krankheitsrisiko älterer Arbeitnehmer als Ergebnis langjähriger berufsbedingter Belastungen, nicht als solches des Lebensalters (Naegele, 1992).

Neuere, methodisch gut fundierte Leistungsvergleiche in modernen Industriebetrieben haben im übrigen ergeben, daß viele der älteren Arbeitnehmer gute, wenn nicht bessere Resultate aufweisen als ihre jüngeren Kollegen (Sterns et al., 1986). Bei der Einführung neuer Arbeitstechniken benötigen Ältere

zwar mehr Zeit zu deren Erlernung, beherrschen sie jedoch nach entsprechender Einübung ebenso gut wie jüngere (Sterns, 1986). Da durch die neuen Produktionstechniken das Nachlassen der physischen Leistungsfähigkeit kaum mehr als Argument gegen die berufliche Kompetenz älterer Arbeitnehmer angeführt werden kann, verweist man heute vor allem auf deren mangelnde Kenntnisse und Fertigkeiten in der Handhabung von Computern. In Wirklichkeit haben nach Straka schon heute 12 Millionen Erwerbstätige mit neuen Techniken zu tun (Straka, 1993); mehr als jeder dritte Erwerbstätige arbeitet zumindest zeitweise mit programmgesteuerten Maschinen oder technischen Anlagen. In mehreren Studien wurde festgestellt, daß in der Benutzung weit verbreiteter Standard-Software auf Personal-Computern (Textverarbeitung, Tabellenkalkulation) bei Älteren keine Leistungseinbußen zu verzeichnen sind. Gegenüber Jüngeren benötigen sie mehr Zeit und Hilfen bei der Einübung, danach sind keine Leistungsunterschiede mehr festzustellen (Rott, 1988). Von hier aus gesehen ist es nicht verwunderlich, daß sich in israelischen und US-amerikanischen Studien neuerdings positive Korrelationen zwischen dem Lebensalter der Beschäftigten und ihrer Produktivität ergeben haben (Habib, 1990).

Auf mangelnde berufliche Kompetenzen lassen sich somit die immer geringer werdenden beruflichen Chancen Älterer nicht zurückführen. Vielmehr sind hier arbeitsmarktpolitische Faktoren ausschlaggebend, sowie tarifvertragliche Bestimmungen, die einerseits für eine positive Diskriminierung älterer Arbeitnehmer verantwortlich sind, andererseits aber auch ihre schlechteren Arbeitsmarktchancen mitbewirken.

Soziale Kompetenz — Von großer Bedeutung für die Erhaltung einer weitgehenden selbständigen Lebensführung, aber auch für die Situation von stärkerer Angewiesenheit auf Hilfe, ist die Erhaltung bzw. der Erwerb bestimmter sozialer Kompetenzen. Zu ihnen gehören u. a. die Fähigkeit zur Einfühlung in andere Menschen und jene zur Anpassung der eigenen Erwartungen und Verhaltensweisen an manche Bedürfnisse und Eigenheiten z. B. des Ehepartners bzw. der Partnerin, der Kinder oder Enkel, aber auch an jene von Bekannten, Nachbarn, Freunden und weiteren Verwandten.

Die Leistungen der Großeltern-Generation für die Familien der Kinder und Enkel wurden in einer Studie des Deutschen Jugendinstituts aus dem Jahre 1990 ermittelt. Dabei ergaben sich deutliche Hinweise auf wechselseitige Hilfe zwischen den Generationen für den Krankheitsfall, das Ausleihen von Geld, bei der Hilfe für Haushalt und Garten und in bezug auf finanzielle Hilfen. Einseitige Hilfeleistungen der Großeltern bestanden in der Betreuung der Enkel und beim Schenken von Geld und Sachwerten (Templeton et al., 1984). Für die weitere Verwandtschaft, für Freunde und Nachbarn leisten Ältere Hilfe bei der Gartenarbeit, Wohnungsrenovierung, Betreuung von Kranken und Behinderten. Bei persönlichen Problemlagen gilt die Hilfeleistung vor allem Freunden und Verwandten (Reichenwallner et al., 1989). Im Bereich familialer Hilfeleistungen sind insbesondere die Beiträge älterer Frauen zu betonen.

Zur sozialen Kompetenz zählt aber auch die angemessene Auseinandersetzung mit Problemen und Schwierigkeiten. Untersuchungen haben gezeigt, daß die Fähigkeit, auf unterschiedliche Problemlagen der Eigenart dieser Probleme entsprechend zu antworten, bis ins hohe Alter erhalten bleibt. Gesundheitliche Probleme werden durch Inanspruchnahme unseres gesundheitlichen Versorgungssystems von der Arztpraxis bis zur Beantragung von Beihilfen für Kuren und ähnliche Heilmittel, d. h. also auf dem Wege der Anpassung an die Institution „Gesundheitswesen“ gelöst. Hinzu treten bei größeren Problemen die Hoffnung auf eine Wende, das Akzeptieren etwa bestehender Behinderungen und das Hervorheben von Anzeichen einer Besserung. Demgegenüber werden Konflikte und Belastungen innerhalb der eigenen Familie vor allem durch verschiedene prosoziale Verhaltensweisen wie etwa Identifikation mit den Eigenheiten und Bedürfnissen z. B. der Enkel, durch Bemühungen um Erhaltung oder Verbesserung der Kontakte innerhalb der engeren Familie, aber auch durch tatkräftige Hilfe zu lösen versucht. Finanzielle Notlagen lösen dagegen Bemühungen, die Hilfe von Verwandten und Freunden zu gewinnen, aber auch Leistung durch Annahme einer Gelegenheitsarbeit, Vorsprache bei der Sparkasse um Kreditgewährung oder beim Sozialamt um Hilfe aus (Thomae, 1983, Kruse, 1984).

Diese situationsangemessene Auswahl von Antworten auf unterschiedliche Problemlagen ist eine der bedeutsamsten Belege für die Erhaltung sozialer Kompetenz im Alter. Nach den Befunden von Schneider bei 80–95jährigen Frauen und Männern, die in ihrem eigenen Haushalt lebten, bleibt diese differenzierte Antwortstruktur in bezug auf Problemlagen auch bei Hochbetagten erhalten (Schneider, 1989). Befunde wie diese widerlegen unkritische Verallgemeinerungen von klinischen Beobachtungen an psychisch beeinträchtigten älteren Menschen, denen zufolge alte Leute generell auf Belastung entweder aggressiv oder depressiv reagieren. Zustände von Niedergeschlagenheit sind zwar eine Begleiterscheinung vieler solcher Belastungszustände. Die Mehrheit der Älteren findet aus ihnen aber auf irgendeine Weise heraus.

In der Auseinandersetzung mit bestimmten Problemlagen und sogar Katastrophen können während des früheren Lebens erworbene Erfahrungen dienlich sein. Kohorten, welche historisch bedingte Belastungen überstanden haben, konnten daraus für spätere Krisen manchen Nutzen ziehen (Shanan, 1985, Münichs, 1990). Extreme Beispiele für die Auswirkungen von Lebenserfahrung stellen Beobachtungen in Katastrophengebieten dar. Jüngere Tornado-Opfer reagierten nach Bell weit mehr mit Angst, Schrecken und Unruhe auf das Ereignis als ältere (Bell, 1978). Diese hatten zum Teil schon öfter einen Tornado erlebt, waren aber auch im Überstehen anderer Unglücksfälle erfahren. Diese Erfahrungen haben bei ihnen nicht nur eine größere Bereitschaft zur Akzeptanz von Verlusten, sondern auch zu deren Antizipation und aktiver Verarbeitung entwickelt. Auch Huerta et al. fanden bei älteren Opfern einer Dammbbruchkatastrophe, daß sie weniger Anzeichen von Schrecken und Panik zeigten als jüngere. Sie hatten zwar bei den

Aufräumungsarbeiten und der Reparatur ihrer Häuser größere Schwierigkeiten, suchten sich aber dennoch möglichst selbst zu helfen (Huerta et al., 1978).

Als Beleg für die Erhaltung, wenn nicht sogar für das Wachstum sozialer Kompetenz im Alter kann nicht zuletzt die Gründung vieler Selbsthilfegruppen und Organisationen zur Besserung der Lebenslage Älterer gelten, die in den letzten Jahrzehnten von Älteren selbst ausging. Deshalb stellen die später zu erörternden Formen aktiven Alterns wichtige Argumente für die soziale Kompetenz dar.

Außerhäusliche Mobilität — Nach einer Studie der OECD aus dem Jahr 1986 legten ältere Menschen im Jahr zwischen 300 und 500 km zu Fuß zurück. Die Teilnahme am Verkehr als Fußgänger und Autofahrer ist für die Ausführung mancher Alltagsaktivitäten wie etwa des Einkaufens oder des Gangs zu Behörden unerlässlich. Aber auch in der Freizeit stellen beide Fortbewegungsmöglichkeiten neben der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel eine wichtige Voraussetzung für eine aktive Gestaltung des Lebens im Alter dar.

Bei der zunehmenden Konzentration der Lebensmittelversorgung auf wenige Supermärkte — speziell in den neuen Bundesländern — wird die lebenslange Benutzung eines Kraftfahrzeugs für immer mehr Menschen unerlässlich. Untersuchungen von Hartenstein in den alten Bundesländern zeigten, daß ältere Kraftfahrer nicht weniger Fahrten als jüngere unternehmen, allerdings fahren sie jeweils kürzere Strecken, soweit der Weg zum Arbeitsplatz entfällt (Hartenstein, 1969). Insgesamt liege ihre Fahrleistung etwa 10 v. H. unter jener der jüngeren Kraftfahrer. An die Stelle der Fahrten zum Arbeitsplatz treten im Ruhestand solche zu Einkaufszentren und zu Verwandten und Bekannten. Insbesondere für ältere Frauen wird das Auto in Zukunft verstärkt zu einem wichtigen Mobilitätsfaktor.

Im Straßenverkehr verunglückten im Jahr 1992 von den 18–25jährigen Kraftfahrern 100421, von den über 65jährigen 6957 (Statistisches Jahrbuch 1993). Die Unfallverursachung je gefahrenem Kilometer ist bei 65jährigen und älteren Kraftfahrern geringer als bei 18–25jährigen. Die Unfallfolgen sind bei älteren Verletzten hinsichtlich Krankheitsdauer und Schwere erheblich größer als bei jüngeren. Häufiger als jüngere verursachen ältere Kraftfahrer einen Unfall durch Nichtbeachten der Vorfahrt (Schlag, 1990).

Bestehende sensorische und psychische Leistungsdefizite werden von älteren Kraftfahrern ausgeglichen, indem sie z. B. Fahrten im Dunkeln vermeiden oder auf Grund ihrer langjährigen Erfahrung gefährliche Situationen rechtzeitig erkennen und sich ihnen anpassen. Nach dem Urteil von Experten bleibt die Kompetenz zum Führen eines Kraftfahrzeugs bei sehr vielen Hochbetagten erhalten, sofern bestehende sensorische oder motorische Einschränkungen kompensiert werden können.

Ältere Fußgänger sind nach den Kindern die häufigsten Opfer von Unfällen, die durch Motorfahrzeuge verursacht werden. Bei Befragungen äußern sie aber noch mehr Angst vor jungen Mopedfahrern und

Radfahrern, die ihnen auf Gehwegen und in Fußgängerzonen begegnen oder sie überholen.

Von einem Unfall werden häufiger ältere Fußgänger betroffen, die nie selbst ein Kraftfahrzeug gesteuert hatten (Mathey, 1991).

5.1.1.3 Formen aktiven Alterns

5.1.1.3.1 Berufliche Aktivität

Aktives Altern ist sozial geformt und begrenzt. Daher schließt die ökonomische und soziale Situation zur Zeit bei einer großen Zahl 55—60jähriger lebenslang geübte Äußerungsformen in Gestalt einer beruflichen Tätigkeit aus. Wie gezeigt wurde, ist dies weniger auf nachlassende berufliche Kompetenzen innerhalb dieses Altersbereichs, als auf die hohen Arbeitslosenzahlen zurückzuführen. Eine Änderung dieser Situation ist für absehbare Zeit nach dem Eindruck von Fachleuten nicht zu erwarten (vgl. auch die Ausführungen im 3. Kapitel „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“).

Andererseits scheinen sich die meisten älteren Arbeitnehmer aus verschiedenen Gründen auf eine relativ

frühzeitige Beendigung ihrer Berufstätigkeit einzustellen. Nach einer EMNID-Umfrage aus dem Jahre 1992 bei 50—60jährigen äußerten 75 v. H., daß sie ihren Beruf zwischen 55 und 65 Jahren (Durchschnittswert: 61 Jahre) aufgeben wollten. Bei fast der Hälfte der Befragten, sowohl aus den alten wie aus den neuen Bundesländern, wurde als Grund für diesen Wunsch das Alter angegeben. Unterschiedlich waren dagegen die Häufigkeiten der Bezugnahme auf fehlende Arbeitsmöglichkeiten: Während nur 9 v. H. der Befragten aus den alten Bundesländern auf die Beschäftigungssituation hinwies, war dies in den neuen Bundesländern bei 41 v. H. der Fall. Im Westen überwogen unter den weiteren Begründungen neben gesundheitlichen Problemen Wünsche nach mehr Freizeit, Zeit für Hobbys und die Familie.

Noch früher lag der erwünschte Zeitpunkt des Übertritts in den Ruhestand bei 40—55jährigen, die von EMNID im Jahre 1989 (in den alten Bundesländern) befragt wurden. Von den 40—49jährigen wünschte fast ein Drittel ein Rentenalter von unter 58 Jahren. Nur 13 v. H. der Befragten beider Altersgruppen wünschten länger als bis zum 64. Lebensjahr zu arbeiten (vgl. Tab. 56).

Tabelle 56

Erwünschtes Alter für den persönlichen Übertritt in den Ruhestand
— Angaben in % —

	Total	Geschlecht		Alter						
		M	W	18—21 Jahre	22—25 Jahre	26—29 Jahre	30—34 Jahre	35—39 Jahre	40—49 Jahre	50+ Jahre
Unter 58 Jahre	23	19	27	—	—	—	—	—	30	11
58 bis unter 60 Jahre	11	12	9	—	—	—	—	—	9	13
60 bis unter 62 Jahre	42	41	44	—	—	—	—	—	41	44
62 bis unter 64 Jahre	8	12	3	—	—	—	—	—	6	10
64 Jahre	•	•	—	—	—	—	—	—	•	—
65 Jahre	7	10	3	—	—	—	—	—	6	7
66 Jahre	1	1	•	—	—	—	—	—	•	1
67 und mehr Jahre	1	2	1	—	—	—	—	—	1	3
Durchschnitt	59,06	59,68	58,25	—	—	—	—	—	58,49	60,08
Keine Angabe	8	3	13	—	—	—	—	—	6	10
Summe	100	100	100	—	—	—	—	—	100	100
Basis (= 100 %)	830	447	383	—	—	—	—	—	522	308

Quelle: EMNID-Institut, Bielefeld. Befragungszeitraum: Dezember 1989.

Solche Befunde können nach Kohli mit dem Hinweis auf das Vorhandensein eines (noch funktionsfähigen) Rentensystems und mit der Tatsache erklärt werden, daß der Ruhestand ein normal erwartbarer Teil des Lebenslaufs in unserer Gesellschaft geworden ist (Kohli, 1993). Wahrscheinlich wirkt bei solchen Wünschen aber auch

die Beobachtung mit, daß die Betriebe aus Kosten- und Strukturgründen ältere Arbeitnehmer möglichst durch jüngere zu ersetzen suchen und dabei einen mehr oder minder deutlichen Druck auf die älteren Arbeitnehmer ausüben, bestimmte Regelungen für einen Vor-Ruhestand anzunehmen.

Diese Tendenz ist in den meisten europäischen Ländern erkennbar. Nach einer von EUROLINK publizierten Übersicht besteht in fast allen EU-Ländern eine direkte und in allen eine indirekte Diskriminierung älterer Arbeitnehmer (vgl. Tab. 57). Der Auffassung, Arbeitnehmer sollten nach 50 Lebensjahren ihren Arbeitsplatz für jüngere Arbeitslose frei machen, stimmten bei der gleichen Befragung allerdings nur wenige zu, auch unter den 15—24jährigen. In Deutschland lehnten 75 v. H. der Befragten eine derartige Lösung des Arbeitslosenproblems ab.

Jedenfalls scheint für die Mehrheit der Älteren nur die Möglichkeit zu bestehen, aktives Altern in einer Situation zu praktizieren, welche nach früher gelten-

den Wertmaßstäben als „Ruhestand“ bezeichnet wird. Die bei der EMNID-Umfrage von 1989 ermittelten Erwartungen an diesen Ruhestand bei den 40—55jährigen bezogen sich bei 51—52 v. H. auf die dann gegebene zeitliche Ungebundenheit, bei 42—46 v. H. auf die Möglichkeit, reisen zu können, bei 33 bzw. 32 v. H. auf die Möglichkeit, sich mehr dem eigenen Hobby widmen zu können und mehr Zeit für die Familie zu haben. Erwartungen, die in Richtung auf mehr Ruhe und Schonung gingen, waren dagegen wenig vertreten. Die durch den Arbeitsmarkt ermöglichte frühzeitige Beendigung der Berufstätigkeit wird vor allem als Chance zur Ausübung von Aktivitäten gesehen, die einem bisher nicht möglich waren.

Tabelle 57

Altersdiskriminierung bei der Einstellung von Arbeitnehmern

Land	Direkte Diskriminierung	Allgemeine Merkmale	Indirekte Diskriminierung	Allgemeine Praktiken
B	Ja	Die Festsetzung von Altersgrenzen ist üblich	—	—
DK	Ja	Die Festsetzung von Altersgrenzen ist üblich	Ja	„Unsichtbare“ Altersgrenze von 45—50 Jahren
D	Ja	Altersgrenzen werden in 15 bis 20 % aller Stellenanzeigen gesetzt	Ja	Mitarbeiter über 40 werden nur ungern eingestellt
GB	Ja	Bei mehr als 40 % der Stellenanzeigen wird eine Altersgrenze von 35/40 Jahren gesetzt	Ja	„Unsichtbare“ Altersgrenze von 45 Jahren
GR	Ja	Bei mehr als 40 % der Stellenanzeigen für gelernte Arbeitnehmer wird eine Altersgrenze von 35/40 Jahren gesetzt	Ja	„Unsichtbare“ Altersgrenze von 35—40 Jahren bei gelernten und ungelerten Arbeitnehmern
E	Ja	Bei 43 % der Stellenanzeigen wird eine Altersgrenze von 35 Jahren gesetzt	Ja	„Unsichtbare“ Altersgrenze von 45 Jahren
F	Nein	Theoretisch gesetzlich verboten	Ja	„Unsichtbare“ Altersgrenze bei älteren Arbeitnehmern
IRL	Ja	Die Festsetzung von Altersgrenzen ist üblich	Ja	Ältere Mitarbeiter werden nur ungern eingestellt
I	—	—	Ja	„Unsichtbare“ Altersgrenze von 45—50 Jahren
L	Ja	Die Festsetzung von Altersgrenzen ist üblich	Ja	Mitarbeiter über 50 werden nur ungern eingestellt
NL	Ja	Bei 30—50 % der Stellenanzeigen wird eine Altersgrenze von ca. 35 Jahren gesetzt	Ja	Ältere Mitarbeiter werden nur ungern eingestellt
P	—	Die Festsetzung von Altersgrenzen von ca. 35 Jahren ist üblich	Ja	Ältere Mitarbeiter werden nur ungern eingestellt

Unter direkter Diskriminierung versteht man die Festlegung spezifischer Altersgrenzen in Stellenanzeigen. Eine indirekte Diskriminierung besteht, wo Arbeitnehmer in der Praxis Stellenbewerbung älterer Arbeitnehmer nicht berücksichtigen.

Quelle: Altersdiskriminierung älterer Arbeitnehmer in der EG, 1993.

Von den über 65 Jahre alten Erwerbstätigen waren im Jahr 1989 48 v. H. selbständig, im Jahr 1992 44,1 v. H. Unter den Fallstudien von Kohli et al. über Selbständige, die nach Erreichen des Alters von 65 Jahren noch berufstätig waren, beziehen sich mehrere auf Einzelhändler, die im Interesse der Rentabilität ihrer Betriebe noch im Rentenalter neue Dienstleistungen anboten, bzw. ihre Produktpalette vergrößerten (Kohli et al., 1993). Die Handwerker unter diesen Fällen, die auch nach dem Bezug ihrer Rente weiter arbeiteten, genossen ihre neue Lebensphase als „späte Freiheit“, weil sie nun nicht mehr jeden Auftrag annehmen mußten, während bei den anderen selbständigen Berufen ökonomische Notwendigkeiten hinter der Weiterarbeit standen. Einige der zur Zeit der Befragung gerade 65 Jahre alt gewordenen Selbständigen äußerten, noch bis zum 79. bzw. 80. Lebensjahr tätig sein zu wollen.

5.1.1.3.2 Alltagsaktivitäten im Ruhestand

Jede Planung in der offenen Altenarbeit sollte sich an dem Alltagserleben und -verhalten von Rentnerinnen und Rentnern orientieren, um bei dieser Planung den Bedürfnissen der Menschen wirklich gerecht werden zu können. Der sicherste Weg zur Erkundung dieses Verhaltens ist die Analyse von eingehenden Berichten über den durchschnittlichen Alltag und der dabei erkennbar werdenden Bewertungen dieser oder jener Aspekte des „Ruhestandes“.

Eine erste Sichtung solcher Daten verweist auf eine erhebliche Zunahme der verfügbaren Freizeit bei den Männern, zum Teil auch bei den Frauen. Nach Agricola hatten berufstätige in den alten Bundesländern im Durchschnitt 3,8 Stunden, Rentner 6,9 Stunden und Hausfrauen 4,8 Stunden Freizeit je Tag (Agricola, 1990). Dabei sind jedoch erhebliche interindividuelle Differenzen zu berücksichtigen, die von 0 bis zu 10 und mehr Stunden Freizeit im Ruhestand reichten.

Nach einer vergleichenden Analyse der Ergebnisse verschiedener Studien von Tokarski konzentrierten sich die Hausarbeitszeiten über 60jähriger auf die Zeit zwischen 9.00 und 12.00 Uhr (Tokarski, 1989). Vor dieser Zeit liegen die Aktivitäten des Rasierens und Waschens, Ankleidens und der Zubereitung und Einnahme des Frühstücks. Die Einkaufszeiten liegen zwischen 10.00 und 11.30 Uhr und 15.00 und 17.00 Uhr. Bei den von Schäuble (1989) befragten und beobachteten „jungen Alten“ traten die zu erwartenden geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Ausführung der Hausarbeiten in Erscheinung: Spülen, Putzen, Wäschepflege, Stricken, Häkeln und Krankenbetreuung waren „weibliche“ Arbeiten, während die Ausführung von Reparaturarbeiten am und im Haus, Fahrzeugpflege und Gartenarbeiten zu den männlichen Pflichten gehörte. Am stärksten traten geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Zubereitung von Mahlzeiten und der Reinigung der Wohnung hervor, die fast ausschließlich von Frauen ausgeführt wurden. Nach einer Erhebung des Instituts für Demoskopie Allensbach aus dem Jahre 1989 war diese Pflichtenteilung auch bei jüngeren Altersgruppen der alten Bundesländer festzustellen. Im Fall der Verwitwung sind wegen dieser rollenspezifischen Sozialisa-

tion Männer häufiger auf eine Heimunterbringung angewiesen als Frauen.

Erwartungsgemäß traten diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Zuteilung der Hausarbeiten auch bei den Hochbetagten (Alter 80—95 Jahre) zutage, die Schneider (1989) befragte. Von Frauen und Männern dieser Altersgruppe wurde mit Genugtuung hervorgehoben, „daß man sich für die morgendlichen Verrichtungen des Ankleidens und der Toilette viel Zeit nehme. Sie begannen ihren Tag in der Regel in aller Ruhe, schalteten das Radio ein und genossen das Frühstück, häufig mit einem ersten Blick in die Zeitung“ (Schneider a.a.O., S. 108). Wenn manche dieser Tätigkeiten auch durch physische Ursachen verlangsamt ausgeführt wurden, stand bei den meisten doch die Zufriedenheit darüber im Vordergrund, zu allem viel Zeit zu haben.

Der Alltag wird durch die drei Mahlzeiten strukturiert; ein Rhythmus, der aus der Zeit vor dem Ruhestand in der überwiegenden Zahl der Haushalte beibehalten wird. Zwischen Frühstück und Mittagessen werden vor allem Hausarbeiten und Einkäufe erledigt, während eigentliche Freizeitaktivitäten sich auf den Nachmittag und Abend konzentrieren. Eine psychologische Analyse ausführlicher Berichte von 65—75jährigen Rentnern und Rentnerinnen ließ erkennen, daß der erlebte Alltag von Senioren sehr deutlich durch Aktivität, Engagement und Streben nach Ausgeglichenheit bestimmt ist.

Der erlebte Alltag von Senioren ist somit sehr deutlich durch Aktivität, Engagement und Ausgeglichenheit bestimmt. Diese Tönung des Alltagserlebens kann sich naturgemäß mit der jeweils gegebenen Lebenslage ändern. Sie kann beim gleichen Menschen in bestimmten Phasen in Richtung auf Niedergeschlagenheit und Inaktivität verändert werden, wenn bestimmte „kritische Lebensereignisse“ verarbeitet werden müssen. Im allgemeinen aber wird der Versuch unternommen werden, die durch die oben genannten Merkmale bestimmte innere Normallage wieder herzustellen.

5.1.1.3.3 Mediennutzung im Alter — Konsum oder Aktivität?

Unter allen Freizeitbeschäftigungen Älterer nimmt das Fernsehen mit einer im Durchschnitt vierstündigen Fernsehdauer die meiste Zeit in Anspruch (Kübler et al., 1991, Fabian, 1993). Entsprechend dem größeren Ausmaß an zur Verfügung stehender freier Zeit verbringen mehr 60jährige und Ältere drei bis mehr als vier Stunden vor dem Fernsehschirm als alle übrigen Altersgruppen. In den neuen Bundesländern war die Fernsehnutzung bei den Älteren, aber auch bei den übrigen Altersgruppen größer als in den alten (vgl. Tab. 58). Nach der Allensbach-Umfrage von 1989 sahen in den neuen Bundesländern 60jährige und Ältere, die „sehr an Büchern interessiert sind“, ebenso häufig vier Stunden und mehr am Tag. Hier war somit kein Einfluß des Fernsehens festzustellen. In den alten Bundesländern waren dagegen von den „Viel-Fernsehern“ 27 v. H. „sehr an Büchern interessiert“, von den „Wenig-Fernsehern“ dagegen 37 v. H.

Tabelle 58

Fernsehkonsum. Frage: „Können Sie schätzen, wieviel Stunden Sie an einem normalen Werktag — also montags bis freitags — fernsehen, wieviel Stunden durchschnittlich pro Tag?“

1991	Alte Länder					Neue Länder				
	Bevölkerung insgesamt	Altersgruppen				Bevölkerung insgesamt	Altersgruppen			
		14—29 Jahre	30—44 Jahre	45—59 Jahre	60 Jahre u. älter		14—29 Jahre	30—44 Jahre	45—59 Jahre	60 Jahre u. älter
Mehr als 4 Stunden	5	3	3	4	11	9	6	5	8	18
Etwa 4 Stunden	8	5	5	7	15	12	11	8	10	21
Etwa 3 Stunden	23	18	19	23	30	29	27	29	31	31
Etwa 2 Stunden	34	36	37	37	28	32	30	38	37	23
Etwa 1 Stunde	16	20	18	15	8	10	12	13	9	4
Weniger als 1 Stunde	12	15	16	12	6	6	11	6	4	2
Sehe nie fern	2	3	2	2	2	2	3	1	1	1
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Quelle: Noelle-Neumann et al., 1993.

„Weniger-Fernseher“ unterscheiden sich von „Vielfernsehern“ auch darin, daß sie nach ihren Aussagen häufiger ein Buch suchen, das ein sie interessierendes Thema behandelt, und daß sie häufiger ein Buch schenken.

Auch hinsichtlich der Häufigkeit, mit der das Fernsehen als Freizeitbeschäftigung genannt wird, steht es nach dem Lesen von Zeitungen und Zeitschriften an vorderer Stelle (vgl. Tab. 59).

Zum gleichen Ergebnis kam die von ARD/ZDF veranlaßte Befragung von 1984/85 (Eckardt et al., 1988). In dieser Studie wurden als Motive für die Häufigkeit des Fernsehens der Wunsch, Neues aus der Welt zu erfahren, ferner jene, den Alltag zu vergessen und „Langeweile“ genannt. Durch ein solches Ergebnis können sich auf der einen Seite jene besorgten Stimmen bestätigt fühlen, die aus dem hohen Fernsehkonsum eine Verflachung unserer Kultur und die Gefahr einer Verdummung der älteren Bevölkerung im besonderen ableiten wollen.

Tabelle 59

Freizeitaktivitäten Älterer und Intensität ihrer Ausübung in v.H.

Freizeitaktivität	Ausübung				
	täglich/ fast täglich	mehrmals oder mindestens 1mal pro Woche	seltener als 1mal pro Woche	nie/so gut wie nie	möchte ich gerne häufiger/ intensiver
Zeitung lesen	85	13	1	1	5
Fernsehen/Video ansehen	76	22	—	1	8
Schallplatten hören	66	23	5	6	10
Zeitschriften lesen	40	43	10	7	13
Hobbies ausüben/ mich allein beschäftigen	24	48	18	10	22
Sport und Spiel	20	50	24	7	28
Bücher lesen	9	28	38	25	19
Geselliges	8	69	23	1	25
Veranstaltungen besuchen	1	14	48	37	28

Quelle: nach Horn und Eckardt 1986, 97.

Auf der anderen Seite zeigen die unterschiedlichen Motive, wie auch die bevorzugten Themen der Sendungen, die Ältere sehen, daß es hier nicht ausschließlich um Konsum, sondern um eine spezifische Freizeitaktivität geht. Denn zu von den Älteren bevorzugten Themen gehören lokale Nachrichten und Ereignisse, Fragen der Gesundheit, politisches Geschehen, Natur, Tierleben, Religion, Glaubensfragen und Berichte über Reisen und fremde Länder und Völker (Tokarski, 1989, S. 83). Sendungen mit „Spiel, Spaß, Humor“, und solche nur zur Unterhaltung, treten hier zurück.

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch, daß von den 60jährigen und Älteren 85 v. H. berichteten, täglich eine Zeitung zu lesen. Bei den 16—29jährigen traf dies nur bei 40 v. H. zu (Noelle-Neumann, 1993).

Nach Eckardt seien unter älteren Fernsehern vier Typen zu unterscheiden: Die zur ersten Gruppe Gehörigen sind im Ruhestand noch in vielfacher Weise aktiv und schalten das Gerät erst am Abend ein — zum Zweck der Entspannung. Eine zweite Gruppe weist einen ähnlich niedrigen Fernsehkonsum auf, weil sie vor allem soziale Aktivitäten bevorzugt. Die ihr Zugehörigen sehen sich nur an, was sie interessiert. Eine dritte Gruppe, die vor allem aus alleinlebenden Frauen mit guter Schulausbildung besteht, kritisiert öffentlich das niedrigere Niveau des Fernsehens, sieht aber in Wirklichkeit sehr viel und wahllos. Eine vierte Gruppe bestand aus sozial isolierten älteren Personen. Hier ist der Fernsehkonsum sehr hoch, da er unter anderem soziale Kontakte ersetzt. Durch das Gewicht des Fernsehens wurden hier aber zugleich soziale Aktivitäten reduziert (Eckardt, 1988).

5.1.1.3.4 Informelle soziale Aktivitäten

Sowohl bei der Ausführung einiger der Alltagsaktivitäten wie etwa des Einkaufens oder des Ausführens des Hundes, darüber hinaus aber vor allem in der freien Zeit ist die Pflege, zum Teil auch die Stiftung informeller sozialer Kontakte eine für den älteren Menschen bedeutsame Form aktiven Alterns. Zählt man alle Zeiten zusammen, welche solchen informellen Kontakten mit Nachbarn, Bekannten, Verwandten, aber auch mit Mitgliedern der eigenen Familie gewidmet sind, so nehmen diese mindestens den gleichen Zeitraum ein wie Lesen, Fernsehen und andere nicht-soziale Beschäftigungen. Nach einer Umfrage bei 30—60jährigen und Älteren aus dem Jahr 1984 gingen Freizeitaktivitäten mit Sozialkontakten mit zunehmendem Alter zurück (Tokarski, 1989). Doch die Aktivität „mich um meine Nachbarn, Mitmenschen kümmern“ wurde von der ältesten Gruppe (mit 33 v. H.) häufiger ausgeführt als von Jüngeren. Die 30—44jährigen schrieben sich diese Form des Umgangs mit anderen nur zu 17 v. H. zu (vgl. Tab. 60).

Eine OECD-Studie aus dem Jahr 1986 kam demgegenüber zu anderen Ergebnissen. Die für informelle soziale Kontakte aufgewandte Zeit nahm danach in

Tabelle 60

Freizeitaktivitäten mit Sozialkontakten im mittleren und höheren Lebensalter in der Bundesrepublik Deutschland

Freizeitaktivität	30—44 Jahre	45—59 Jahre	60 Jahre u. älter
Freunde, Verwandte besuchen	54	43	45
Gäste zu Besuch haben . .	47	42	38
Wegfahren, Verreisen . . .	38	40	36
Mich mit meiner Familie beschäftigen	57	57	42
Mit Kindern beschäftigen, spielen	44	31	21
Karten, Schach spielen . . .	26	20	20
Mich um meine Nachbarn, Mitmenschen kümmern . .	17	26	33
Mich weiterbilden, Kurse besuchen	18	13	9
In einem Verein, einer Bürgerinitiative oder Gewerkschaft mitarbeiten	20	15	10
Mich politisch betätigen, in einer Partei mitarbeiten	5	4	3

Quelle: Der Stern 1984, 78.

Frankreich und den Niederlanden zu, in den übrigen Ländern blieb sie konstant.

Das Ausmaß informeller sozialer Kontakte war bei den 1890—1905 geborenen Teilnehmerinnen der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie zu Beginn bei drei Viertel der Personen sehr hoch (Schmitz-Scherzer, 1969). Über einen fünfzehnjährigen Beobachtungszeitraum hinweg ergab sich bei den Frauen eine Zunahme solcher Kontakte vor allem mit Bekannten, Freundinnen, aber auch innerhalb von Vereinen und bei der weiteren Verwandtschaft. Bei den Männern war ebenfalls eher eine Zunahme solcher Kontakte mit Bekannten und innerhalb von Vereinen feststellbar, darüber hinaus mit den Kindern (Lehr et al., 1987). Die Überlebenden dieser Stichprobe, die Schneider im Alter von 80—95 Jahren befragte, nannten als wichtigstes Vorhaben für die Zukunft die Stiftung und Pflege sozialer Kontakte (Schneider, 1989).

Nach einer vergleichenden Übersicht über die Ergebnisse dreier Studien über „ausgesuchte Freizeitaktivitäten älterer Menschen ab 55 Jahren“ ragt neben der führenden Rolle des Fernsehens die Bedeutung informeller sozialer Kontakte für Ältere hervor (vgl. Tab. 61 nach Bundesforschungsanstalt für Landeskunde, 1992). Die hohe Frequenz von Gesellschaftsspielen, Besuchen, Feiern, Gesprächen mit Nachbarn usw. zeigt, daß soziale Isolierung eher die Ausnahme unter der älteren Bevölkerung darstellt und sehr oft mit einer geringen Neigung verbunden ist, informelle soziale Kontakte zu suchen oder zu pflegen. Nach mehreren Feldstudien der gleichen Bundesanstalt gehörten zu solchen Aktivitäten auch Kirchenbesuche.

Tabelle 61

**Häufigkeit ausgesuchter Freizeitaktivitäten
älterer Menschen ab 55 Jahren**
(in v. H.)

	Konso- Studie N = 1219 genannt	Emnid- Studie N = 503 genannt	Augs- burger Studie N = 693 genannt
Fernsehen	95,5	95,1	
Basteln	18,8	64,1	54,3
Hobbies		6,2	51,4
Gesellschaftsspiele	44,3		
Besuche	84,1	94,2	88,8
Feiern	63,1	45,2	73,5
Gespräche mit Nachbarn		94,4	71,3
Gartenarbeit	46,5	63,3	
Spazieren gehen	48,7 *)	95,2	87,2
Rad fahren	35,3		
Vereinsleben		45,9	27,8
Vorträge anhören		37,4	29,9
Theater, Kino		11,5	33,5
Sprach- oder sonstige Kurse	5,1		
Gaststättenbesuche			59,1
Kegeln	11,9	21,5	
Gymnastik	28,5	28,5	19,3
Schwimmen	34,1	33,8	
Ausflüge (auch Auto) ..	50,4	30,6	37,5
Reisen	51,5	31,2	73,5

*) wandern

Quellen: Angegebene Studien und eigene Berechnungen
Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und
Raumordnung, 1992

Die Wichtigkeit „gutnachbarlicher Beziehungen“ im Alter wird auf Grund einer Analyse von Daten des Wohlfahrtssurveys von 1988 durch Reichenwallner et al. hervorgehoben. Besonders häufigen Besuchskontakt mit Nachbarn haben danach vor allem alleinstehende Frauen. Nach der gleichen Quelle haben 61,5 v. H. der 60—74jährigen und 54,9 v. H. der über 74jährigen mindestens einmal in der Woche Begegnungen mit engeren Freunden (Reichenwallner et al., 1991); auch in dieser Hinsicht scheint die informelle soziale Aktivität bei den allein lebenden älteren Frauen besonders ausgeprägt zu sein. Die biographische Verwurzelung solcher Freundschaften wurde von Fooken (1992) aufgewiesen. Keine der in ihren Fallstudien untersuchten Freundschaften zwischen älteren Frauen bestand kürzer als 15 Jahre, viele gingen auf die gemeinsame Schul- und Ausbildungszeit zurück.

Im Rahmen einer Studie über „Sexualität und Alter“ stellte Fooken fest, daß fast alle der allein lebenden Frauen den Wunsch nach einer neuen Partnerschaft äußerten. Die „gezeigten Formen, vorhandene Bedürfnisse nach Intimität, nach Autonomie und nach Lebenszufriedenheit zu integrieren, sind zumeist das

Ergebnis einer oftmals schwierigen und schmerzvollen, in jedem Fall aber individuellen Auseinandersetzung mit den jeweiligen Lebensbedingungen“ (Fooken, 1992, S. 20). Eine große Rolle bei dieser Suche nach Intimität und einem Partner spiele das Selbsterleben des eigenen Körpers, das wiederum von vielen im Laufe des bisherigen Lebens gemachten Erfahrungen abhängt.

Bei vielen Älteren der Kohorten, die vor 1930 geboren wurden, dürften jedoch die Altersfreundschaften nicht bis in die Jugend zurückreichen. Dies ist zumindest bei jenen der Fall, die erst in den Jahren 1945—1960 aus den früher zum Deutschen Reich gehörenden Teilen von Polen oder aus der Tschechoslowakei in die Bundesrepublik gebracht wurden oder vor dem 13.08.1961 aus der DDR in die Bundesrepublik kamen. Die Kontakte, die man bei ihnen im Alter vorfand, wurden somit im mittleren Erwachsenenalter, oft auch erst im Alter gestiftet.

In diesen Beziehungen mit mehr oder minder vertrauten Personen vollzieht sich die primäre Beteiligung älterer Menschen an der Gesellschaft. Die derart entstehenden informellen sozialen Netzwerke können in bestimmten Notlagen informelle Hilfesysteme entstehen lassen, die ganz ohne Zutun von außen mindestens solange funktionieren, wie die Belastung etwa der jüngeren Glieder dieses Netzwerkes nicht zu groß wird. Diese informellen sozialen Netzwerke sind jedenfalls weit häufiger anzutreffen als alle institutionell geplanten (vgl. Thomae et al., 1979). Ältere, die solche informellen Kontakte nicht besaßen oder sie durch den Tod von Freunden und Bekannten bzw. durch andere Umstände verloren, können nicht ohne Schwierigkeiten in solche Netzwerke eingefügt werden. Auf der anderen Seite muß sich jeder Versuch zu einer sozialen Integration an diesen primären informellen sozialen Beziehungen orientieren.

5.1.1.3.5 Soziale Aktivität in Vereinen (außer Sportvereinen)

Die „deutsche Vereinsmeierei“ sterbe nach Meinung von Opaschowski langsam und leise. Zwei von fünf Bundesbürgern gehören keinem Verein an. Unter den Vereinsmitgliedern nimmt die Zahl der passiven immer stärker zu (Opaschowski, o.J.).

Diese Feststellungen werden ohne Altersangaben getroffen. Nach der Allensbachumfrage von 1991 gibt es unterschiedliche Zusammenhänge zwischen Lebensalter und Vereinszugehörigkeit: In den neuen Bundesländern nahm der Anteil der Vereinsmitglieder in der ältesten Gruppe zu, während in den alten Bundesländern dieser Anteil mit zunehmendem Alter stark abnimmt (vgl. Tab. 62).

Bei den von EMNID im gleichen Jahr befragten 40—55jährigen wurde ein geringes Engagement für eine aktive Rolle in Vereinen deutlich. Nur 14 v. H. der 40—49jährigen erklärten sich dazu bereit, bei den 50—55jährigen war dies bei 19 v. H. der Fall. Etwa ein Drittel ließ die Frage eines solchen Engagements offen.

Tabelle 62

**Zugehörigkeit zu einem Verein in der jüngsten
und ältesten Gruppe der Befragten**

— in v. H. —

Alter	16—29 Jahre	60 Jahre und älter
Alte Bundesländer	22	16
Neue Bundesländer . . .	11	9

Quelle: Noelle-Neumann et al., 1993.

Nach den Sportvereinen (siehe den folgenden Abschnitt 5.1.1.3.6) und den Kegelklubs stellen nach Opaschowski (1990) die 4,9 Millionen Mitglieder kirchlicher Vereine die stärkste Gruppe dar. Von ihnen ist der größte Teil der Mitglieder auch in irgendeiner Hinsicht aktiv. Andere Erhebungen geben zum Teil weit höhere Mitgliedschaftsraten Älteren an. So waren nach den Feldstudien der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (1992) in Schleswig-Holstein je nach der untersuchten Region in Kleinstädten zwischen 40,2 v. H. und 67,5 v. H. der älteren Bewohner in einem Verein organisiert. Am häufigsten handelte es sich um Schützen- oder Kegelvereine, Landsmannschaften, Seniorentreffs, Gewerkschaften und Kirchengruppen. In einigen dieser Vereine kamen die Älteren nur mit Angehörigen der gleichen Altersstufe zusammen.

In den traditionellen Vereinen wie Schützen- oder Wandervereinen, Kegelklubs und Kleingartenvereinen sind Männer in der Überzahl; nur die gemischten Chöre bilden hier eine Ausnahme. In Selbsthilfegruppen oder sozialen und kulturellen Vereinen sind Frauen stärker vertreten (Agricola, 1993). Frauen sind auch wichtige Initiatoren von Selbsthilfegruppen.

Auch wenn man der pessimistischen Vorhersage von Opaschowski über das langsame Sterben der Vereine nicht folgt, bleibt doch festzuhalten, daß heute schon informelle soziale Kontakte für Ältere eine größere Bedeutung haben als formelle, wie sie in einer Vereinszugehörigkeit gegeben sind.

5.1.1.3.6 Sportliche Aktivität

Unter gesundheitlichen und psychosozialen Aspekten kommt dem Sport als einer Freizeitaktivität in allen Lebensaltern eine große Bedeutung zu. Man kann Sport innerhalb oder außerhalb eines Vereins treiben. Deshalb wurde der Aspekt der Zugehörigkeit zu einem Sportverein zuvor ausgeklammert.

Viele Daten sprechen dafür, daß nur eine Minderheit älterer Personen Sport betreibt. Bei den Männern sinkt der Anteil, der in einem Sportverein Organisierten, von 33,5 v. H. bei den 22—35jährigen auf 19 v. H. bei den über 60jährigen. Bei den Frauen sind die Unterschiede noch deutlicher: 20,7 v. H. der 22—35jährigen, 22,3 v. H. der 36—50jährigen Frauen gehören einem Sportverein an, aber nur 4,9 v. H. der 60jährigen und älteren. Der Anteil der sportlich Aktiven in der älteren Bevölkerung wird von Sportwissen-

schaftlern noch niedriger eingeschätzt, nämlich auf 2 bis 5 v. H. Wenn Wandern, Spaziergehen und Spiele im Freien dazu gerechnet werden, kommen sie auf 25 v. H. (Tokarski, 1991). Nach einer Allensbachumfrage aus dem Jahre 1988 äußerten aber immerhin 20 v. H. der 60jährigen und Älteren entweder an Wettkämpfen teilzunehmen (1 v. H.), in einem Verein aktiv zu sein (4 v. H.) oder für sich selbst Sport zu treiben (15 v. H.) (Noelle-Neumann et al., 1993, S. 317).

Diese niedrige aktive Beteiligung am Sport ist eines der deutlichsten Beispiele für das Mißverhältnis, das oft zwischen Einstellung und Verhalten besteht. Im allgemeinen besteht auch unter Älteren eine sehr positive Einstellung zum Sport. Bei der Allensbachumfrage von 1991 äußerten 73 v. H. der 60—74jährigen aus den neuen Bundesländern und 60 v. H. jener aus den alten Bundesländern, daß sie überhaupt keinen Sport trieben. „Viel“ Sport treiben nach der gleichen Umfrage 0 bzw. 1 v. H. der Senioren in den neuen und 4 bzw. 0 v. H. in den alten Bundesländern.

Höher waren die Partizipationsraten, wenn gefragt wurde, ob einzelne Sportarten betrieben würden. In bezug auf das Schwimmen wurde die Frage von 38 v. H. der „Jungen Alten“ in den neuen Bundesländern positiv beantwortet. Von den 75jährigen und Älteren war dies bei 11 bzw. 24 v. H. der Fall. Weit mehr verbreitet ist nach dieser Umfrage das Wandern als nach der Einschätzung durch die Sportwissenschaft. Die 60—75jährigen im Osten wanderten danach zu 55 v. H. oft oder ab und zu, bei den Gleichaltrigen im Westen traf dies bei 60 v. H. zu. In der ältesten Befragtengruppe liegen die entsprechenden Anteile bei 29 bzw. 21 v. H.

Nach Marstedt et al. ist die häufigste Motivation, Sport zu treiben, etwas für die Gesundheit zu tun. Diese Motivation kann sich auf ärztliche Experten wie Hollmann berufen. Kardiologen wie Lang et al. warnen vor Risiken, die bei zu hoher Intensität des Trainings insbesondere bei wenig geübten älteren Menschen auftreten können (Marstedt et al., 1993; Hollmann, 1993; Lang et al., 1987).

Von Emrich et al. wurden enge Beziehungen zwischen einem generell aktiven Lebensstil im Alter und der Bereitschaft, Sport zu treiben, hervorgehoben. Aber auch Einflüsse aus der Biographie wurden in dieser Studie deutlich. Wenn positive Erinnerungen an den Schulsport in der eigenen Jugend überwogen, bestand ein größeres Interesse am Alterssport (Emrich et al., 1989). Schaller verweist darauf, daß der Alterssport eine relativ homogene Zielgruppe anspricht, der neben der Förderung der physischen und psychischen Funktionen vor allem die soziale Funktion des Sports wichtig sei. „82,2 v. H. dieser Alterssportler gaben gar zu Protokoll, daß man sich beim Sporttreiben menschlich näher kommt als anderswo“ (Schaller, 1989, S. 40).

Befunde wie diese beziehen sich leider nur auf die Gruppe der sportlich aktiven Älteren. Um die große Mehrzahl der Nicht-aktiven zu gewinnen, müßten Barrieren der verschiedensten Art überwunden werden. Zu ihnen zählt vor allem das negative Altersbild

der Gesellschaft (Lehr, 1992). Durch die niedrigen Erwartungen, welche die Umgebung hinsichtlich der sportlichen Leistungsfähigkeit Älterer zum Ausdruck bringt, werde jede Motivation, Sport zu treiben, im Keim erstickt. Ungünstig wirke sich auch das negative Altersbild vieler Ärzte aus, das diese veranlasse, zur Schonung zu raten, wo in Wirklichkeit Bewegung förderlich wäre. Mißerfolge bei der Ausführung bestimmter Übungen beim Gruppensport können gleich zum Aufgeben veranlassen.

5.1.1.3.7 Nutzung von Bildungsmöglichkeiten

Die Nutzung von Angeboten zur Bildung durch ältere Menschen erfahren unter dem Schlagwort „Altenbildung“ (Straka, 1991) große Aufmerksamkeit unter den in der Altenarbeit Tätigen. So beschäftigen sich bereits seit den Siebziger Jahren die Volkshochschulen mit dem Thema „Seniorenbildung“. Es wurden auch erste Senioren-Volkshochschulen als Abteilungen innerhalb von Volkshochschulen gegründet. Der Anteil der 50–64jährigen an den Teilnehmern von Volkshochschulveranstaltungen lag im Jahr 1992 bei 13,7 v. H. in den alten und bei 10,3 v. H. in den neuen Bundesländern, jener der 65jährigen und Älteren bei 5,2 bzw. 8 v. H. (Pehl et al., 1993). Das Seniorenprogramm ist ein fester Bestandteil in den Aktivitäten der Volkshochschulen geworden (Bäcker et al., 1989, S. 232). Als ein Modell für die Volkshochschularbeit auf diesem Gebiet gilt die Akademie für Ältere in Heidelberg.

Neben den Volkshochschulen haben 23 Universitäten und Hochschulen ihre Tore für Senioren geöffnet, teils in der Form einer „Universität des Dritten Lebensalters“, wie sie z. B. durch Anitra Karsten an der Universität Frankfurt aufgebaut wurde, teils in der Form eines Integrationsmodells, das den Senioren den Zugang zu allen Fächern — mit Ausnahme überfüllter „Massenfächer“ — öffnet, wie etwa an den Universitäten Mannheim und Marburg. Wie Hartl et al. hervorheben, handelt es sich bei den Teilnehmern an einem Seniorenstudium meist um eine „Elitegruppe“, die sich durch frühzeitigen Übergang in den Ruhestand, überdurchschnittliches Einkommen und gehobenes Bildungsniveau von der Mehrheit der alten Menschen unterscheidet (Hartl et al., 1988). Bäcker et al. meinen dagegen, das Engagement Älterer für die Öffnung der Universitäten und Hochschule für Senioren sei nicht allein Ausdruck einer elitären Interessenslage, sondern folge dem Wunsch, früher nicht mögliche Studienwünsche nach der Familienphase oder nach dem Erwerbsleben doch noch realisieren zu können (Bäcker et al., 1989). Diese unterschiedlichen Meinungen dürften mit unterschiedlichen Zielsetzungen verschiedener Hochschulen zusammenhängen. An Universitäten wie in Mannheim wird eine völlige Integration der Senioren in den normalen Studienbetrieb angestrebt, während etwa an der Universität Dortmund das Seniorenstudium der Qualifikation für eine nachberufliche ehrenamtliche Tätigkeit dient.

Eine große Mehrheit der Senioren begegnet dem Begriff der Altenbildung mit gewissen Vorbehalten. Man sei ja schließlich anständig erzogen worden und

bedürfe keiner weiteren Bildung mehr, wurde bei einer Befragung über die Nutzung von Bildungsmöglichkeiten durch Ältere häufig geantwortet (Lehr et al., 1979). Diese Reaktionen fanden sich aber weniger bei den Älteren mit einer weiterführenden Schulbildung, die eher zu einem Besuch von Volkshochschule oder Universität motiviert.

So bejahten nach Noelle-Neumann et al. 37 v. H. der Befragten mit einfachem Schulabschluß die These, „mit 60 Jahren ist die Zeit vorbei in der man sich weiterbilden sollte“. Von den Personen mit höherer Schulbildung stimmten ihr nur 11 v. H. zu (Noelle-Neumann et al., 1993).

Nach einer Erhebung von KONS0 gaben nur 1,8 v. H. der befragten 1219 älteren Personen an, öfter zu Bildungsveranstaltungen zu gehen, 2 v. H. gehen manchmal, 1,3 v. H. selten, die übrigen nie (Konso, 1987).

Von hier aus gesehen erscheint es kaum berechtigt, die Nutzung von Bildungsangeboten zu den Formen „des normalen Alterns“ zu zählen. Diese Aktivität wäre danach Kennzeichen jener 20 v. H. „junger Alte“ die nach Infratest die Kriterien einer erweiterten und gesteigerten, in ihren Bildungs- und Reisegewohnheiten oft „elitären“ Aktivität erfüllt (Infratest, 1991). Diese fand sich bei etwa 20 v. H. der in dieser Studie befragten 50–70jährigen. Auch nach einer Erhebung des Landes Nordrhein-Westfalen gehörten die 4–11 v. H. der 50–65jährigen Nutzer von Volkshochschulkursen meistens zu den Personen mit weiterführender Schulbildung (MAGS, 1989).

Geht man andererseits von den spontan geäußerten Wünschen, Interessen, Hoffnungen und Befürchtungen älterer Menschen aus, wie sie etwa in einer vorwiegend aus Senioren mit Volksschulabschluß bestehenden Stichprobe ermittelt wurden, so stellt man fest, daß auch bei ihnen die Thematik des „Sichbemühens um die Erhaltung des Radius der eigenen Interessen“ einen hohen Stellenwert hatte (Lehr et al., 1991). Dies legt es nahe, bei der Konzeption von Altenbildung bei einem der geistigen Väter der deutschen Bildungspädagogik, Wilhelm von Humboldt, anzuknüpfen. Im Mittelpunkt von dessen Konzeption „steht der Mensch, der ohne alle auf irgend etwas Einzelnes gerichtete Absicht, nur die Kräfte seiner Natur stärken und erhöhen, seinem Wesen Wert und Dauer verschaffen will“ (v. Humboldt, 1793). Die nicht auf konkrete Bildungsziele, sondern nur auf die Stärkung der Kräfte der eigenen Natur gerichteten Aktivitäten sollten danach die Basis aller Bildungsbemühungen sein. Bildung wird als ein Wert an sich gesehen (vgl. dazu Kaltschmidt, 1988), ein Leitziel, das im Laufe der Entwicklung unserer Gesellschaft zu einer Konkurrenz- und Leistungsgesellschaft verlorengehen mußte. In dieser Gesellschaft wurde Bildung zum Instrument der Erreichung verbesserter sozialer Positionen. Von diesem verengten Bildungsbegriff aus muß der Widerstand älterer Erwachsener gegen „Bildung“ als eine natürliche Reaktion angesehen werden.

Für die unter dem Begriff „Altenbildung“ zusammengefaßten Bemühungen ist es erforderlich, auf den ursprünglichen Bildungsbegriff von Wilhelm von

Humboldt zurückzugehen. Unter diesem Aspekt ist es inadäquat, das Interesse für Bildung aus der Nutzung von speziellen Bildungsveranstaltungen abzuleiten. Gerade die informelle, selbstbestimmte und selbstorganisierte Bildung dürfte bei Personen in der zweiten Lebenshälfte eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben. Dafür sprechen empirische Forschungsergebnisse — leider wieder überwiegend aus den USA — nach denen selbstbestimmte, insgesamt mindestens sieben Stunden umfassende Lernbemühungen („Lernprojekte“, Tough, 1979), auf umfangreiche Bildungsaktivitäten jenseits der institutionalisierten Erwachsenenbildung schließen lassen. Beispielsweise ermittelte Hiemstra, daß der durchschnittliche US-amerikanische Ältere jährlich 325 Stunden für derartige Bildungsaktivitäten aufbringt (Hiemstra, 1985). Das entspricht in etwa fünf zweistündigen Volkshochschulkursen einschließlich der Vor- und Nachbereitung. In dieselbe Richtung geht eine bundesdeutsche Pilotstudie. In ihr schätzten Erwerbstätige ein, daß zum einen etwa zwei Drittel ihrer arbeitsplatzbezogenen Weiterqualifizierungen selbstorganisiert waren. Zum anderen nahm diese Qualifizierungsart mit steigendem Lebensalter zu (Straka/Stöckl/Kleinmann, 1992). In einer zeitlich früheren Untersuchung gaben 76 v. H. der befragten älteren Braunschweiger Bürger an, daß „sie auch noch heute lernen“ (Lehr/Schmitz-Scherzer/Quadt, 1979).

Bei derartigen Bildungsbemühungen spielen die Printmedien (vom „guten“ Buch bis zum kostenlos verteilten Anzeigenblatt), vor allem aber die elektronischen Medien (vom Radio bis zur CD-ROM) eine nicht zu unterschätzende Rolle. Bei der schon angeführten Braunschweiger Studie wurde als Lernquelle an erster Stelle das Fernsehen und das Radio, an zweiter Stelle die Tageszeitung, gefolgt von Büchern, Illustrierten und Zeitschriften, genannt (Lehr/Schmitz-Scherzer/Quadt, 1979). Neuere Untersuchungen bestätigen diese Tendenz, wobei die Bedeutung der Massenmedien zugenommen hat (Straka/Fabian/Will, 1989). Insofern stellt sich die Frage nach dem Beitrag der Medien zur Kompetenz im Alter bzw. ob die von verschiedenen Seiten verteuerten Massenmedien nicht die „Lehrer“ der Älteren geworden sind (Straka, 1991).

5.1.1.3.8 Politische Aktivität

Das Interesse an der Politik nimmt im Alter eher zu, bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen (Tab. 63). Die Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern waren im Jahr 1991 in dieser Hinsicht unbe-

Tabelle 63

Politisches Interesse der Bevölkerung in Gesamtdeutschland nach Altersgruppen

Frage: „Einmal ganz allgemein gesprochen: Interessieren Sie sich für Politik?“

— Angaben in % —

	Neue Bundesländer März/April 1991						
	Bevölkerung insgesamt	14–29 Jahre	30–59 Jahre	60–74 Jahre	75 Jahre und älter	60 Jahre und älter	
						Männer	Frauen
Ja	52	43	57	51	50	66	41
Nicht besonders ..	40	48	37	38	39	27	46
Gar nicht	8	9	6	11	11	7	13
Summe	100	100	100	100	100	100	100
n =	2 220	627	1 101	391	101	177	315

	Alte Bundesrepublik Januar–April 1991						
	Bevölkerung insgesamt	14–29 Jahre	30–59 Jahre	60–74 Jahre	75 Jahre und älter	60 Jahre und älter	
						Männer	Frauen
Ja	49	40	53	56	46	68	43
Nicht besonders ..	40	44	39	35	39	29	41
Gar nicht	11	16	8	9	15	3	16
Summe	100	100	100	100	100	100	100
n =	4 991	1 602	2 551	671	167	313	525

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 9013, 5045.

deutend. Eine aktive politische Betätigung Älterer lag dagegen in den alten Bundesländern nur bei etwa 1 v. H. vor (Tews, 1987). Auch bei Bürgerinitiativen war der Anteil gering. Im Jahre 1986 waren 4 v. H. der 60jährigen und Älteren Mitglied einer politischen Partei.

Nach Umfragen in den USA, Bundesrepublik und Japan waren 65–66 v. H. der Älteren in diesen Ländern der Meinung, daß ihre Altersgruppe keinen Einfluß auf politische Entscheidungen habe. Auch Befragte im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter teilten im gleichen Ausmaß in Japan und Deutschland diese Auffassung, während dies in USA nur bei 55 v. H. dieser Altersgruppen der Fall war (Edinger, 1985). Die Zufriedenheit mit der Art und Weise, wie die Demokratie im eigenen Land gehandhabt werde, war danach in den USA am höchsten, in Japan am geringsten. In Deutschland waren 65,9 v. H. der 18–39jährigen und 69,2–70 v. H. der über Sechzigjährigen dieser Auffassung (Edinger, 1985). Sowohl von einigen Seniorengruppen wie auch von politischen Parteien wurde seit den Siebziger Jahren versucht, die ältere Bevölkerung politisch zu aktivieren, so etwa durch die Gründung der „Grauen Panther“, oder etwas später — durch jene der Senioren-Union. Die SPD hat im Jahr 1993 eine Arbeitsgemeinschaft für Senioren („60 plus“) gegründet.

Eine aktive Mitarbeit ist älteren Bürgern durch die Schaffung von Seniorenbeiräten auf lokaler Ebene eröffnet worden. Nach Bäcker et al. kann über deren Effektivität noch nichts ausgesagt werden. Ältere Menschen mit stark eingeschränkten und negativen Lebenslagen kämen in diesen Vertretungen kaum zu Wort (Bäcker et al., 1989).

5.1.1.3.9 Urlaubsreisen

Nach der Allensbachumfrage von 1991 hatten von den 60jährigen und Älteren in den neuen Bundesländern im Jahre zuvor 14 v. H. mehrere Urlaubsreisen unternommen, 21 v. H. der Männer und 15 v. H. der Frauen eine Urlaubsreise. In den alten Bundesländern hatten 21 v. H. der gleichen Altersgruppe mehrere und 33 v. H. der Männer sowie 24 v. H. der Frauen eine Urlaubsreise gemacht. Von den 75jährigen und Älteren in den neuen Bundesländern hatten 86 v. H. noch nie eine Urlaubsreise gemacht, in den alten traf dies immerhin auf 67 v. H. zu. Während sich hinsichtlich des Anteils der Befragten, die mehrere Urlaubsreisen unternommen hatten, keine Altersunterschiede ergaben, war der Anteil der Jüngeren, die wenigstens eine Reise unternommen hatten, in Ost und West höher.

In den alten Bundesländern wollten in der jüngsten Befragtengruppe (16–29 J.) nur 7 v. H. den Urlaub am liebsten in Deutschland verbringen gegenüber 59 v. H. bei den 60jährigen und Älteren. In den neuen Bundesländern wollten in der jüngsten Befragtengruppe 23 v. H. den Urlaub am liebsten in Deutschland verbringen, in der ältesten waren es 67 v. H.

In den alten Bundesländern wünschten die Jüngeren vor allem, daß der Urlaub gute Bade- und Wassersportmöglichkeiten, Abwechslung und viele Unter-

haltungsangebote biete. Die 60jährigen und Älteren wünschten im Urlaub vor allem gute Möglichkeiten zum Spaziergehen und Wandern, gute medizinische Versorgung, eine schöne Bergweltfolklore und traditionelle Feste. Die Befragung wurde im Jahre 1988 durchgeführt (Noelle-Neumann et al. 1993).

5.1.1.3.10 Nachberufliche Tätigkeiten

Für eine Sichtung der Formen des „Engagement im Ruhestand“ haben sich folgende Gruppierungen als zweckmäßig erwiesen: Teilzeitarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit im sozialen Bereich, ehrenamtliche Tätigkeit in der politischen Vertretung der Interessen Älterer, Aktivitäten im organisierten Hobbybereich (Kohli et al., 1993).

Teilzeitarbeit — Nach einer Erhebung des EMNID-Instituts aus dem Jahr 1992 über nachberufliche Tätigkeiten waren von 50–69jährigen Befragten in den alten Bundesländern 27,8 v. H., in den neuen 18,5 v. H. in Teilzeitarbeit beschäftigt (Bundesministerf. Arbeit, 1993). Nach den (Kohli et al., 1993) von Berlin auf die Bundesrepublik übertragbaren Daten über die Arten von Teilzeitarbeit sind von den 65jährigen und Älteren 82 v. H. im Dienstleistungsgewerbe beschäftigt. Männer üben Teilzeitarbeit vor allem als Wächter, Aufseher, Werksschutzleute, Detektive, Pförtner, Hauswarte, Haus- und Gewerbediener aus. Weiter sind dazu Garten- und Lagerarbeiten, Botendienste und Raumpflegearbeiten zu zählen.

Die von Kohli et al. wiedergegebenen Fallstudien über Ruheständler, die als Museums- und Ausstellungsaufseher bei Wachfirmen beschäftigt wurden, weisen eine beträchtliche Altersstreuung auf: der jüngste war 61, der älteste 75 Jahre alt. Für diese Teilzeitarbeiter sei der Verdienst ein wichtiger Anreiz für die Übernahme dieser Tätigkeit gewesen, aber nicht der wichtigste. Von Bedeutung war auch das Erleben der eigenen Kompetenz, z. B. in der oft mühevollen Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit und ihrer Verteilung auf verschiedene mögliche Gefahrenpunkte bei den ausgestellten Objekten. Außerdem fanden sie eine gewisse Selbstbestätigung auch in der Interaktion mit anderen Beschäftigten und dem Publikum (Kohli et al., 1993).

Obwohl Teilzeitarbeit vor dem Rentenalter vor allem Frauenarbeit ist (Bäcker et al., 1993), liegen über die Teilzeitarbeit von Frauen im höheren Alter bisher keine Studien vor.

Ehrenamtliche Tätigkeit — Die Zahl der ehrenamtlich und freiwillig in Vereinigungen und Organisationen unterschiedlichster Art mitarbeitenden Personen wird auf etwa 5,8 Millionen geschätzt. Soweit altersspezifische Aufteilungen vorliegen, zeigt sich ein Überwiegen von Personen im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter (Engels, 1991).

Während sich Männer zwischen 55 und 64 Jahren für soziale und gesundheitliche Aufgaben und für Parteien und Gewerkschaften engagieren, liegt bei Frauen dieser Altersgruppe der Schwerpunkt deutlich im Bereich der sozialen und gesundheitlichen Probleme. Dies trifft in noch stärkerem Maße für die

Tabelle 64

**Engagementbereiche von Frauen und Männern
in sechs Altersgruppen**

Bereiche	Mann (in %)	Rang	Frau (in %)	Rang
15—24 Jahre (n = 385)				
Sport	12,7	1	3,6	3
Soziales/Gesundheit	6,0	3	6,0	1
Jugendarbeit	6,2	2	5,2	2
24—34 Jahre (n = 412)				
Soziales/Gesundheit	8,7	2	10,2	1
Sport	11,7	1	3,4	2
Partei/Gewerkschaft	6,8	3	2,7	3
35—44 Jahre (n = 351)				
Soziales/Gesundheit	8,9	2	10,9	1
Sport	12,6	1	2,0	6
Partei/Gewerkschaft	7,7	3	2,3	5
45—54 Jahre (n = 326)				
Soziales/Gesundheit	6,7	4	11,0	1
Kulturelle Vereine . .	8,3	3	4,9	2
Sport	10,4	1	2,5	4
55—64 Jahre (n = 297)				
Soziales/Gesundheit	10,4	1	9,8	1
Kulturelle Vereine . .	8,4	3	2,7	3
Partei/Gewerkschaft	10,1	2	0,3	6
65—70 Jahre (n = 93)				
Soziales/Gesundheit	3,2	2	14,0	1
Kulturelle Vereine . .	5,4	1	3,2	2
Partei/Gewerkschaft	2,2	3	2,2	3

Quelle: Bürgerbefragung zu sozialem Engagement in Göttingen, Karlsruhe, Worms und Würzburg (n = 1 883), Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung, Köln, Speyer 1984.

65—70jährigen Frauen zu. Das deutlich zurückgegangene Engagement der Männer richtet sich nunmehr vor allem auf kulturelle Belange (Engels, 1991, vgl. Tab. 64).

Im allgemeinen sind Personen mit höherem sozialen Status stärker engagiert. Negativ auf ein Engagement wirkt sich u. a. das Wohnumfeld in Vororten und Trabantenstädten aus.

Ehrenamtliche Mitarbeit im sozialen Bereich — Ältere Frauen sind stärker in der Alten- und Nachbarschaftshilfe aktiv, ältere Männer eher in der Behindertenhilfe. Das Engagement für Kranke ist einerseits im

jüngeren Erwachsenenalter, andererseits in der Gruppe ab 65 Jahren relativ hoch (Engels, 1991).

Ehrenamtliche Tätigkeiten im sozialen Bereich können in unterschiedlichen Organisationsformen und mit unterschiedlichen Zielsetzungen geleistet werden:

- als Helfer und Organisatoren in Altenselbsthilfzentren,
- als ehrenamtliche handwerkliche Leistung, z. B. innerhalb der „Kompanie des guten Willens“,
- als ehrenamtliche wirtschaftliche Beratungstätigkeit in einer der Senioren-Expertengruppen,
- als ehrenamtliche Helfer in Organisationen, wie z. B. der Lebensabendbewegung zum Betrieb von Altentagesstätten und zur Betreuung von „Altenreisen“,
- als ehrenamtliche Helfer bei Organisationen, wie Caritas, Diakonisches Werk, Arbeiterwohlfahrt usw. zur Betreuung Hilfebedürftiger,
- als ehrenamtliche Helfer in Sozialstationen,
- als Begründer und Betreuer von Modellen zum gemeinschaftlichen Wohnen von jüngeren und älteren Menschen,
- als Berater und Helfer in Projekten, wie „Erfahrungswissen Älterer nutzen“ (Modellprojekt des Senats von Berlin).

Diese keineswegs vollständige Liste ist durch die verschiedenen Tätigkeitsfelder von Selbsthilfegruppen zu ergänzen. Nach Reggentin et al. existierten zu Beginn des Jahres 1992 3600 soziale Altenselbsthilfegruppen von denen 3415 in den alten und 105 in den neuen Bundesländern arbeiteten. Nach der gleichen Studie sind 2,3 v. H. der 60jährigen und Älteren in Selbsthilfegruppen organisiert (Reggentin et al., 1992). Als Beispiele für diese seien genannt:

- eine Initiative gegen Einsamkeit und Isolation älterer Menschen durch Organisation von Kegelclubs, Konzert- und Theaterbesuchen,
- ein Projekt zur Förderung von Nachbarschaftstreffen und von Kontakten zwischen alt und jung,
- eine ökumenische Selbsthilfegruppe zur Ermöglichung von Kontakten zwischen Behinderten und Nichtbehinderten,
- ein Seniorenkreis ehemaliger Köche zur Kontaktförderung, Weiterbildung und Anregung kultureller Aktivitäten sowie zur Hilfe für junge Kollegen.

Eine Institution zur Koordination der Arbeit von mehr als 100 Selbsthilfeorganisationen entstand 1978 in Zusammenarbeit von Universität Dortmund, der IG Metall und der Hoesch-Werke in der Organisation „Zwischen Arbeit und Ruhestand“ (ZWAR).

Das Modell der Seniorengenossenschaften — In Baden-Württemberg wurden 1991/92 zehn Projekte initiiert, die nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit der Dienstleistungen, des Ansparens, Tauschens und der Investition bis in die pflegerischen Dienste hinein,

arbeiten. Eines der Projekte leistet pflegesatzabgestützte Tagespflege, andere versuchen, wohnbaugenossenschaftlich vorzugehen. Die Altenhilfe soll dadurch weder ersetzt noch verbessert werden, vielmehr soll „die Selbstverständlichkeit und Eigenständigkeit des Älterwerdens“ erfolgreiche Rahmenbedingungen bekommen (Hummel, 1993).

Die Seniorenbüros — Vom Bundesministerium für Familie und Senioren wurde 1992 ein Programm zur Entwicklung von Seniorenbüros ausgeschrieben, welche nachberufliche Tätigkeitsfelder und ehrenamtliches soziales Engagement, Selbsthilfeaktivitäten und -gruppen, sowie die Einbindung älterer Menschen in Nachbarschaften und andere soziale Netze fördern sollen. Aus etwa 650 Bewerbungen wurden 1993 32 ausgewählt und durch das BMFuS gefördert; im Jahr 1994 soll diese Zahl auf 50 erhöht werden.

Seniorenbüros sind nicht nur im regionalen Kontext eingerichtet. Im Modellprogramm ist ein ausgewogenes Trägerkonzept verwirklicht worden.

Aus der Vielfalt der Träger und Zielsetzungen der schon arbeitenden Seniorenbüros seien einige ausgewählt:

- Der Träger des Seniorenbüros Bautzen, der unabhängige Seniorenverband Sachsen, sieht als seinen Schwerpunkt den Aufbau eines Angebots nachberuflicher Tätigkeiten und Möglichkeiten des sozialen Engagements an.
- Die Evangelische Kirchengemeinde in Frömmstedt, Thüringen, möchte als Trägerin des dortigen Seniorenbüros die Fähigkeiten und Aktivitätspotentiale älterer Menschen wecken und Eigenaktivität und Initiative im Alter fördern. Begonnen werden soll mit Ernährungsberatung, Selbsthilfegruppen „Gemeinsam essen“ und dem Aufbau einer Fahrrad-Reparaturwerkstatt.
- Das Seniorenbüro Forchheim in Bayern, das vom örtlichen Caritasverband getragen wird, möchte vor allem eine Anlaufstelle für Information, Auskunft und Beratung über sozialgesetzliche Fragen, Gesundheitsvor- und -fürsorge usw. schaffen. Darüber hinaus sollen ehrenamtliche Tätigkeiten vermittelt und begleitet, sowie nachbarschaftliche und intergenerationelle Beziehungen gefördert werden.
- Das Seniorenbüro Merseburg, das vom Verein Vorruhestand der Chemieregion getragen wird, will „die Prozesse der Freisetzung älterer Erwerbstätiger mit Vorbereitungskursen begleiten und Angebote zur Annahme der neuen Lebenssituation vermitteln“. Ein weiteres Ziel besteht im Aufbau eines Selbsthilfeangebots in der Stadt und Einbeziehung der aktiven Mitwirkung der Senioren sowie Vorarbeiten für den Aufbau eines Seniorenbetriebs zu leisten.

Ziel aller Seniorenbüros ist es, nicht nur im regionalen Umfeld Tätigkeitsfelder zu erschließen, sondern ehrenamtliche Senioren bereits in den Aufbau des Büros und seine laufende Tätigkeit einzubeziehen und ihnen Möglichkeiten zur Mitgestaltung zu geben.

Ehrenamtliche Tätigkeit in der politischen Vertretung der Interessen von Älteren — Von Reggentin et al. werden zu den Altenselbsthilfegruppen auch Aktivitäten innerhalb von Seniorenbetriebsräten und -vertretungen gerechnet. Seniorenbetriebsräte sind Beteiligungsorgane auf kommunaler Ebene. Sie versuchen, alle Regelungen und Maßnahmen, die sich auf die ältere Bevölkerung beziehen, zu beeinflussen. Ihre Arbeit erstreckt sich nach der für Nordrhein-Westfalen gegebenen Übersicht zu 93,8 v. H. auf Interessenvertretung, außerdem auf Beratung von Stadtrat und Verwaltung (Reggentin et al., 1992). Aber auch zur Koordination der Altenhilfe hat man Seniorenbetriebsräte herangezogen. Das letztere geschah zum Teil auf Veranlassung der Verwaltung, die im übrigen Seniorenbetriebsräte auch zur Durchführung von Veranstaltungen und zur Organisation von Besuchsdiensten heranzog. In Mehrheit haben die Seniorenbetriebsräte ein Recht auf Mitberatung im Ausschuß, zu einem Drittel ein solches auf Anhörung. Keine Rechte haben 22,9 v. H. Nur 2/3 der Betriebsräte bekamen nach Reggentin et al. finanzielle Zuwendungen von der Gemeinde. Von den durch Kohli et al. in Berlin befragten Seniorenvertretern hatte keiner ein Mitsprache- oder Entscheidungsrecht. „Kennzeichnend für den politischen Handlungsstil der Seniorenvertreter ist die Suche nach Kooperation. . . . Sie orientieren sich am Prinzip der „anwaltschaftlichen“ Interessenvertretung, d. h. sie werden stellvertretend für ihre Zielgruppe aktiv — ihrem Selbstverständnis nach alle Alten“ (Kohli et al., 1993, S. 189).

Bäcker et al. haben demgegenüber eine andere Sicht der Einrichtung von Seniorenbetriebsräten. Sie erheben Bedenken dagegen, „die Anliegen und Interessen Älterer primär durch die Älteren selbst vertreten lassen zu wollen“ (Bäcker et al., 1989, S. 256). Im besonderen sehen sie die Gefahr, daß sich in diesen Betriebsräten Partikularinteressen in den Vordergrund drängen, besonders jene von aktiven „Jungen Alten“ mit gehobenem sozialem Status, während Ältere aus Lebenslagen, die größere materielle und andere Defizite aufweisen, nicht zu Wort kämen.

Aktivitäten im organisierten Hobby-Bereich — Bestimmte Hobbyaktivitäten können sinnvoll nur in Clubs oder Vereinigungen ausgeführt werden. Durch die von diesen Clubs oder Vereinigungen veranstalteten Wettbewerbe findet die im Alltag ausgeübte Hobbytätigkeit erst ihren Sinn, so etwa bei den Kaninchen- oder Taubenzüchtern. Andere Hobbys — wie das Briefmarkensammeln — werden durch ihre Ausübung in einer Vereinigung durch Anregungen bereichert; außerdem erhält die Sammeltätigkeit dadurch eine soziale Funktion. Altersangaben über die etwa 6,6 Millionen Mitglieder solcher Vereine, zu denen man wohl auch die Kleingartenvereine rechnen muß, existieren nicht. Die Mehrheit der älteren Mitglieder dürfte dem von Schmitz-Scherzer formulierten Prinzip entsprechen, daß es kein Altershobby gibt, das nicht schon in früheren Jahren gepflegt wurde (Schmitz-Scherzer, 1975). Angehörige solcher Hobbygruppen dürften auch zu jenen älteren Arbeitnehmern gehören, die ein möglichst frühzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben wünschen, weil sie eben für den Schwerpunkt ihrer Interessen, ihr in

einer Gruppe oder Verband ausgeübtes Hobby mehr Zeit haben möchten.

5.1.2 Möglichkeiten von Vorhersagen über die Zukunft aktiven Alterns

5.1.2.1 Theoretische Grundlagen

Jeder Versuch zu einer Vorhersage des Verhaltens der heute Dreißig- und Vierzigjährigen in ihrer Altersphase im Jahre 2020 orientiert sich implizit oder explizit an einer von zwei Grundannahmen über die menschliche Entwicklung im Erwachsenenalter. Die eine erwartet eine weitgehende Kontinuität im Erleben und Verhalten, durch welche der Mensch seine eigene Identität vom mittleren Erwachsenenalter in das höhere zu überführen versucht (Atchley, 1989). Die andere Grundannahme ist in verschiedenen Phasentheorien der Entwicklung verwurzelt, denen zufolge jedes Lebensalter durch ein Zusammenwirken innerer und äußerer Faktoren eine vom vorhergehenden Abschnitt abweichende neue psychische Qualität erhält.

Soweit man sich an der Kontinuitätstheorie orientiert, muß man möglichst viele Informationen über die heute Dreißigjährigen sammeln und die derart gewonnen Einsichten über ihr Verhalten auf das Jahr 2020 oder 2030 projizieren. Von den verschiedenen Phasentheorien eignet sich am besten die „Theorie der Entwicklungsaufgaben“ von Havighurst als Basis für eine Vorhersage (Havighurst, 1963). Danach ist der psychische Status eines Menschen in einem bestimmten Lebensalter das Ergebnis einer Interaktion zwischen 1. den körperlichen Gegebenheiten, 2. der persönlichen Eigenart, der Ziele und Bedürfnisse des Individuums und 3. der gegebenen sozialen Lage bzw. den jeweiligen gesellschaftlichen Erwartungen und Sozialisationsbedingungen. Dieses Konzept geht da-

von aus, daß der Mensch im Laufe seiner Entwicklung — auch im Erwachsenenalter — ständigen Veränderungen unterworfen ist, die sich sowohl im Organismus selbst, in der Persönlichkeitsstruktur als auch in seiner Umwelt ereignen. Insofern erfordert ein Vorgehen von diesem Ansatz aus eine Vorwegnahme auch der sozialen Bedingungen, mit denen sich ältere Menschen im Jahre 2020 konfrontiert sehen werden. Da sich beide theoretischen Ansätze auf empirische Befunde stützen können, empfiehlt es sich, sie bei der Vorhersage der Chancen aktiver Lebensgestaltung im Alter im Jahre 2020 zu integrieren.

5.1.2.2 Vorhersagen bezüglich der Kompetenzen künftiger Altersgenerationen

5.1.2.2.1 Geistige Leistungsfähigkeit

Geht man von Befunden über ein hohes Ausmaß an Konstanz der Persönlichkeit vom jüngeren zum höheren Erwachsenenalter aus, wie sie etwa McCrae et al. auf Grund von Langzeitbeobachtungen am Nationalen Institut der Altersforschung in Baltimore (Md) vorlegten (McCrae et al., 1984), so ist vorherzusagen, daß die Kohorten 1955—1960 in mancher Hinsicht mit günstigeren Voraussetzungen in die Altersphase eintreten werden. Nach den vorhandenen Erkenntnissen über enge Zusammenhänge zwischen Schulbildung und der Erhaltung geistiger Leistungsfähigkeit im Alter (vgl. Abschnitt 5.1.1.2) ist anzunehmen, daß dann der Anteil der Älteren, welche kaum einen Abbau dieser Fähigkeiten zeigen, gegenüber heute zunehmen und bei anderen einen weniger negativen Verlauf nehmen wird. Diese Vorhersage stützt sich auf den Vergleich der beruflichen Bildungsabschlüsse der Kohorten 1930—35, 1940—45 und 1950—55 (vgl. Tab. 65).

Tabelle 65

Berufliche Bildungsabschlüsse nach Altersgruppen und Geschlecht 1985

— Angaben in % —

Bildungsabschluß	Altersgruppen (in Jahren)					
	Männer			Frauen		
	30—34	40—44	50—54	30—34	40—44	50—54
ohne Abschluß	12,1	16,0	18,9	24,7	29,6	51,0
Lehrabschluß	57,7	58,4	63,1	42,4	57,0	36,9
(Fach-)Hochschulabschluß	24,6	18,0	8,9	10,3	6,2	5,2
sonstiger Ausbildungsabschluß	5,6	7,6	9,1	7,4	7,2	6,9
Anzahl in %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl in 1 000 ¹⁾	1 925	1 880	1 794	1 985	1 907	2 060

¹⁾ Hochgerechnet auf das Jahr 1985; ohne Personen, die sich in schulischer oder beruflicher Ausbildung befanden.

Quelle: Palamides und Vorholt (1988), S. 193

Während bei der ältesten Kohorte 18,9 v. H. der Männer ohne Bildungsabschluß waren, verminderte sich dies bei der jüngsten auf 12,7 v. H. Noch stärker ist der Unterschied bei den Frauen. Hier hatten in der ältesten Kohorte über die Hälfte keinen Bildungsabschluß, bei der jüngsten nur ein Viertel. Auf der anderen Seite nahm der Anteil von Frauen und Männern mit einem Fach- bzw. Hochschulabschluß zu, bei den Männern auf das Dreifache, bei den Frauen auf das Doppelte.

Zu den veränderten Ausgangsbedingungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter gehören auch Veränderungen in der beruflichen Welt. Hier ist einmal darauf zu verweisen, daß die neuen Techniken in vielen Produktions- aber auch anderen Bereichen die Arbeitnehmer vor neue Aufgaben stellt, die nicht nur zum ständigen Dazulernen führen, sondern die Arbeit auch interessant und abwechslungsreich erleben lassen (Jansen, 1987). Dadurch werden im Beruf im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter Funktionen geübt, die nicht nur günstige Voraussetzungen für die Anpassung an neue Arbeitsbedingungen schaffen, mit denen sich die Kohorten 1950 und 1960 als ältere Arbeitnehmer auseinandersetzen müssen. Diese Übung und gesteigerte Anregung wird günstige Resultate auch für die geistige Leistungsfähigkeit im Alter haben.

Besondere Auswirkungen sind von der Zunahme der Berufstätigkeit unter den Frauen durch die dadurch begünstigten außerhäuslichen Anregungen zu erwarten. Ein positiver Einfluß der Berufstätigkeit auf die Entwicklung von Frauen im Alter wurde auf Grund von Langzeitbeobachtungen von Fooken aufgewiesen (Fooken, 1980). Jene Gruppe älterer Frauen, die relativ stetig berufstätig gewesen war, zeigte gegenüber den anderen, die nur vor der Verheiratung oder nur vorübergehend berufstätig war, im Alter von 60—70 Jahren deutlich mehr Interesse an einer Ausweitung ihres Horizonts. Auch der Wunsch, den Radius der eigenen Interessen möglichst lange zu erhalten, war in dieser Gruppe deutlich stärker geprägt (vgl. auch Lehr, 1987).

In den folgenden zwölf Jahren nahmen in der Gruppe früher berufstätig gewesener Frauen Gefühle der Enttäuschung über früher erlebte Verluste oder Versagungen und solche der Einschränkung und fehlender Möglichkeiten im Alltag, aber auch das Bestimmte von physischen Beschwerden und Problemen deutlich ab. Dies traf auf die Gruppen von Frauen, die nur vorübergehend berufstätig gewesen waren, nicht zu. Von hier aus läßt sich die Vorhersage ableiten, daß die Zunahme der Berufstätigkeit in den jüngeren Kohorten — von 31,4 v. H. im Jahr 1950 auf 41,6 v. H. im Jahr 1991 bzw. 42,6 v. H. bei den 25—35jährigen Frauen auch abgesehen von einer besseren materiellen Versorgung häufiger zu einem Gelingen der Anpassung an die Altersphase beitragen wird.

5.1.2.2.2 Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand

Bei Frauen und Männern kann auf Grund verbesserter sozialer Ausgangsbedingungen ein besserer objektiver und subjektiver Gesundheitszustand erwartet werden (Grombach, 1976, Gore, 1990).

5.1.2.2.3 Berufliche Leistungsfähigkeit

Da die heute Dreißig- bis Vierzigjährigen in einer Welt der Computer aufgewachsen sind, können Bedenken bezüglich ihrer Eignung für moderne Produktions- und Verwaltungsarbeiten als später ältere Arbeitnehmer weniger geltend gemacht werden. Denn im Lauf ihres Arbeitslebens werden sie gelernt haben, auch mit Veränderungen in ihrer beruflichen Umwelt zurecht zu kommen. Sie sind allerdings auch mit einer weniger auf Arbeit und Leistung zentrierten Grundhaltung älter geworden als die gegenwärtigen Rentner und älteren Arbeitnehmer. Dies gilt insbesondere für die heute Dreißigjährigen in den alten Bundesländern.

Besondere Probleme sind allerdings von den Auswirkungen längerer Arbeitslosigkeit zu erwarten. Diese können sich in Störungen des Selbstgefühls, dem Verlust des Gefühls, Kontrolle über die eigene Situation zu haben und Tendenzen zu pessimistischer Einstellung äußern. Insbesondere bei Langzeitarbeitslosigkeit kann sich, wenn verschiedene Versuche, die Situation zu ändern, fehlschlagen, eine fatalistische Grundeinstellung ausbilden. Neuere Forschungen haben jedoch die Notwendigkeit einer differentiellen Betrachtungsweise unterstrichen. Neben einer „resignativen“ Anpassung finden sich konstruktive Anpassungsformen, mit denen Interessen und Aktivitäten außerhalb des konventionellen Arbeitsmarktes gesucht werden (Kieselbach, 1988).

5.1.2.2.4 Alltagskompetenz

Unabhängig von einer positiven Veränderung der persönlichen Alltagskompetenz und ihrer physischen Grundlagen sind weitere Ergänzungen der Alltagskompetenz durch neue technische Hilfen zu erwarten. Neben dem Telefon erhält das Telefax als Kommunikationsmittel Selbstverständlichkeit. Auch im privaten Bereich wird der Computer mit Postmodem als Telekommunikationsmittel dienen. Wodurch u. a. auch Bestellungen und andere Geschäftsabschlüsse über Computer und BTX getätigt werden können.

5.1.2.2.5 Soziale Kompetenz

Soweit sich die heute Dreißigjährigen zur Gründung einer Familie mit Kind entschlossen haben oder noch entschließen werden, wird ihre Kompetenz als Großeltern eher noch höher sein als jene der gegenwärtigen Senioren, da sich ihre Elternrolle weit häufiger als

früher auf eine eigene Entscheidung gründete. Die hohen Scheidungsraten werden allerdings komplexe Beziehungen zu Kindern und Enkeln schaffen und die Entwicklung neuer inner- und außerfamiliärer Kompetenzen erforderlich machen.

Die Art des Umgangs mit Problemen ist bei den heute Dreißig- bis Vierzigjährigen nach verschiedenen Studien vielschichtiger als dies bei den heutigen Senioren in deren jüngerem Erwachsenenalter der Fall war. Während sich die heute Älteren in der Auseinandersetzung mit Kriegsfolgen und Diktatur vor allem auf Reaktionsformen wie Leistung und Anpassung an die politischen bzw. sozialen Normen stützten, traten bei den heute im jüngeren Erwachsenenalter Stehenden neben einer durchaus noch gegebenen Leistungsorientierung kritische Einstellungen gegenüber der Gesellschaft hinzu, die zum Teil auch auf berufliche, familiäre und partnerschaftliche Beziehungen übertragen werden. Oft gehen solche Tendenzen zu aggressiver Kritik, in Zustände von Niedergeschlagenheit und Verzweiflung über. Dies ist insbesondere bei jüngeren Frauen der Fall. Am anderen Pol dieser emotionsbetonten Form der Auseinandersetzung mit Problemen steht eine Tendenz zu einer stark positiven Bewertung aller in günstigerem Licht erscheinenden Aspekte, sei es am Arbeitsplatz, in den Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten, aber auch in jener zum Partner bzw. zur Partnerin (Lehr et al., 1991, Kruse et al., 1992, Robrecht, 1994).

Wenn man der Theorie der Entwicklungsaufgaben von Havighurst folgt, werden die besonderen Herausforderungen der Altersphase bei dieser jüngeren Generation bewußt angenommen und schon im mittleren Erwachsenenalter antizipiert. Die Gestaltung der Kompetenz zur Problembewältigung im Alter wird aber auch durch Hilfen gefördert werden, die auf Grund neuer technischer und sozialer Entwicklungen möglich sind.

Dies trifft noch mehr auf die heutigen jüngeren Erwachsenen in den neuen Bundesländern zu. Abgesehen von den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit mußte bei ihnen nach der Vereinigung der beiden deutschen Staaten ein Verlust der eigenen sozialen Identität verarbeitet werden, ein Prozeß, der vielfach noch nicht abgeschlossen ist.

5.1.2.2.6 Mobilität

Während von den 60jährigen und Älteren von heute nur ein Drittel einen Führerschein hat, verfügen 87 v. H. der heute Dreißigjährigen über eine Fahrerlaubnis. Dadurch werden Probleme einer etwaigen weiteren Konzentration der Versorgung auf Supermärkte bei den Älteren des Jahres 2020 leichter zu bewältigen sein als heute. Darüber hinaus wird für viele die Möglichkeit, häufiger Kinder, Enkel, andere Verwandte, Bekannte oder Freunde zu besuchen, erhöht. Für viele wird dadurch auch der Besuch von Bildungsveranstaltungen, Museen usw. erleichtert.

Da ältere Fußgänger, die im Besitz einer Fahrerlaubnis sind (oder waren) und eigene Fahrpraxis haben, schon heute seltener verunfallen als Personen, die nie einen Führerschein besessen haben, ist in Zukunft mit einer Reduzierung von Fußgängerunfällen älterer Menschen zu rechnen.

5.1.2.3 Vorhersagen hinsichtlich der künftigen Entwicklung verschiedener Formen aktiven Alterns

5.1.2.3.1 Berufliche Aktivität

Inwieweit im Jahr 2010 und danach ältere Arbeitnehmer ihre Tätigkeit bis zur heutigen Altersgrenze oder sogar darüber hinaus fortsetzen können, hängt von der Situation am Arbeitsmarkt ab (vgl. Kapitel 3 dieses Zwischenberichts). Die hier vorgenommene Analyse sagt vorher, daß der größte Teil der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dann für eine derartige Ausdehnung ihrer beruflichen Aktivität besser qualifiziert ist. Inwieweit diese älteren Arbeitnehmer der Jahre von 2010 an, allerdings bereit sein werden, bis zu ihrem 63., 65. oder 68. Lebensjahr zu arbeiten, hängt einerseits von der Entwicklung der ökonomischen Lage, andererseits von der Zunahme der Bedeutung der Freizeit für die einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab.

Entsprechend der von Wirtschaftswissenschaftlern vorhergesagten Ausdehnung des Dienstleistungssektors müßten die Chancen, Teilzeitarbeit verrichten zu können, an sich steigen. Diese Form einer beruflichen Tätigkeit im Alter würde auch von den künftigen älteren Arbeitnehmern oder Rentnerinnen und Rentnern eher akzeptiert werden als eine volle Berufstätigkeit.

5.1.2.3.2 Freizeitverhalten im Jahre 2020

Freizeitforscher diagnostizieren in unserer Gesellschaft einen Trend in Richtung auf „Luxese“, d. h. einer Verbindung von Luxus und Askese (Agricola, 1993). Dabei wird ein hoher Qualitätsanspruch und die Bereitschaft, dafür zu zahlen, mit einer gewissen Einschränkung des Umfangs der Nutzung solcher Freizeitformen verbunden. Daneben ist zu berücksichtigen, daß bei vielen ein großer Umfang an Freizeit einem geringen an Ressourcen gegenübersteht. Generell aber wird eine Zunahme der „aktiven Freizeiter“ erwartet. „Mehr Freizeitaktivitäten werden häufiger gepflegt werden, differenzierte Freizeitinteressen zu differenzierterem Freizeitverhalten führen. Die persönlichen Lebensräume werden durch eine größere Mobilität größer und offener. Dies wird vermehrt zu außerhäuslichen Betätigungen, zu Reisen und zu Urlaube führen“ (Schmitz-Scherzer, 1988, S. 157).

Die Bedeutung des Fernsehens für die Alltagsgestaltung älterer Menschen dürfte anhalten. Der bisher niedrigere Fernsehkonsum insbesondere der heute um 30/40 Jahre alten Bundesbürgerinnen und Bun-

desbürgern dürfte mit der Zunahme der Freizeit im Alter steigen. Allerdings ist die bei der Umfrage 1991 beobachtete relativ geringere Fernsehdauer bei fast allen Altersgruppen in den alten Bundesländern zu berücksichtigen. Es läßt sich daraus ein gewisser Sättigungseffekt ableiten, der damals in den neuen Bundesländern noch nicht zu beobachten war. Die Auswirkungen des Fernsehens auf die übrigen Aktivitäten dürften auch von der Entwicklung dieses Mediums abhängen.

Die für die heutige ältere Generation noch nicht akute Gefahr einer Minderung der Leseaktivitäten könnte in Zukunft eher eintreten. „Für die Unterhaltung bevorzugen die jungen Leute offensichtlich das Bild und das Geräusch. Doch wer kann schon einen Computer ohne Lesen betreiben“ (Agricola, 1993, S. 13).

Daß die Faszination für elektronische Spielgeräte bis ins höhere Erwachsenenalter anhält, ist wahrscheinlich. Neue Technologien in diesem Bereich für Simulationen und für die Herstellung virtueller Situationen werden auch für diese Altersstufe Attraktivität gewinnen. Vertraut sind den heute Dreißig- und Vierzigjährigen auch mind-machines für Sprachenerlernung und zur Entspannung. „Mind-machines werden zur mentalen und psychischen Entspannung, aber auch für die Reizsuche an Bedeutung gewinnen . . . auch Fitnessgeräte sind schon mit dialogfähigen Computern zur Trainingssteuerung ausgestattet“ (Agricola, a. a. O.). Von hier aus gesehen trägt die technologische Entwicklung nicht nur zur Ergänzung von Aktivitäten, sondern auch zu deren Anregung und Bereicherung bei.

5.1.2.3.3 Sportliche Aktivitäten

Experten erwarten, daß die Zahl der sportlich aktiven Alten in Zukunft höher sein wird als heute. Diese Annahme stützt sich auf die gegenüber früher höheren sportlichen Aktivitätsraten im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter (Tokarski, 1993).

5.1.2.3.4 Soziale Aktivitäten

Die Bedeutung informeller sozialer Kontakte ist nach der Allensbach-Umfrage von 1991 bei der Altersgruppe 16—29 Jahre besonders ausgeprägt (Allensbach-Institut für Demoskopie, 1991). So berichteten von den Befragten dieser Altersgruppe 79 v. H. in den neuen und 87 v. H. in den alten Bundesländern, einen großen Freundes- oder Gesprächskreis zu haben. Von der Annahme der Kontinuitätstheorie ausgehend läßt sich die Beibehaltung eines großen Bekanntenkreises bei einer größeren Anzahl der Älteren in der Zukunft vorhersagen — ungeachtet der häufig beobachteten Singularisierung. Informelle Kontakte treten an die Stelle förmlicher oder fester Verbindungen. Im übrigen hatte nach der gleichen Umfrage die jüngste Altersgruppe auch die meisten Besuche und machte selbst am meisten Besuche.

Die Zahl der an einem Verein Interessierten dürfte sich in der Altersgruppe der heute Dreißigjährigen in

den neuen Bundesländern von 11 v. H. auf den doppelt so hohen Anteil der für einen Verein Interessierten in den alten Bundesländern annähern. Dennoch wird die Aktivität in Vereinen für die Älteren des Jahres 2020 kaum eine wesentlich höhere, aber auch nicht wesentlich geringere Bedeutung haben als dies in den niedrigen Partizipationsraten der Gegenwart zum Ausdruck kommt. Der Schwerpunkt wird bei den informellen sozialen Kontakten liegen. Das Interesse für „Geselligkeit, Parties“ war bei der jüngsten Befragtengruppe in den neuen Bundesländern viermal und in den alten doppelt so hoch wie jenes am Vereinsleben.

5.1.2.3.5 Politische Aktivität

In den alten Bundesländern bekannten 40 v. H. der jüngsten Befragtengruppe, sich für Politik zu interessieren, in den neuen waren es 43 v. H. Höher lag es in beiden Teilen Deutschlands in den Altersgruppen zwischen 40 und 74 Jahren.

Nach einer weit verbreiteten Auffassung hat die Politikverdrossenheit der jüngeren Generation eher noch zugenommen. Beim Übertritt ins mittlere und höhere Erwachsenenalter wird sich ein nicht geringer Teil der heute Dreißigjährigen weiter von jedem politischen Engagement zurückziehen. Ein Teil wird sich neuen politischen Gruppierungen anschließen. Ein aktives politisches Engagement wird sich wohl auch in Zukunft auf eine Minderheit beschränken.

5.1.2.3.6 Engagement in ehrenamtlichen Aktivitäten

Nach Engels engagierten sich in der Gruppe der 25—34jährigen Männer 27,2 v. H., in jener der gleichaltrigen Frauen 16,3 v. H. in einem Ehrenamt auf gesundheitlich-sozialem, kulturellen oder politischen Gebiet (Engels, 1991). Diese Anteile derart Engagierter stiegen in der Gruppe der 35—44jährigen Männer auf 29,2 v. H., in jener der 45—54jährigen lag sie bei 25,4 v. H., in jener der 55—64jährigen bei 28,9 v. H. Bei den Frauen bewegte sich dieser Anteil zwischen 16,3 v. H. in der Gruppe der 25—34jährigen und 12,8 v. H. bei den 55—64jährigen. Nach diesen Daten läßt sich auf ein hohes Maß an Konstanz in diesem Engagement während des Erwachsenenalters schließen — ein Beleg für die Richtigkeit der Kontinuitätstheorie. Allerdings dürften sich in Zukunft Veränderungen in bestimmten Bereichen ergeben. Vertreter der Senioren-Experten-Dienste gehen davon aus, „daß es immer mehr Menschen geben wird, die ihre hohe fachliche Kompetenz, ihre Erfahrungen und Verbindungen gern für das Allgemeinwohl — sei es in unserem Land, sei es in der Dritten Welt — einsetzen wollen“ (Oltmanns et al., 1988, S. 182).

Andererseits wird darauf verwiesen, „daß die ältere Generation von morgen selbstbewußter sein wird, in einem stärkeren Maße selbst um ihre eigenen Rechte kämpfen und vielleicht manchen Einsatz von Seniorenschutzverbänden oder Seniorenvertretungen überflüssig machen wird“ (Oltmanns et al., a. a. O.).

5.2 Sichtweise eines kleineren Teils der Kommission

5.2.1 Zur Bedeutung des theoretischen Zugangs zur Thematik für die Politikgestaltung

5.2.1.1 Positionsklärungen

„Aktives Älterwerden“ oder „Aktivität im Alter“ ist eine Thematik, die nicht zu behandeln ist ohne vorhergehende Klärung der Bedeutung und des Stellenwertes von Aktivität bzw. ihres Gegenteils, der Inaktivität bzw. des Rückzugs aus der Aktivität. „Aktivität im Alter“ ist in einen Bedeutungszusammenhang gestellt — so wie etwa die „Gesundheit im Alter“ auch. Allerdings hier mit dem entscheidenden Unterschied, daß es keinen Dissens bezogen auf den uneingeschränkt hohen (positiven) Stellenwert der Gesundheit geben dürfte, jedoch ein Dissens bezogen auf den Stellenwert der „Aktivität im Alter“ sehr wohl existiert.

So wie es auf der einen Seite die Vertreter einer der Tendenz nach uneingeschränkt positiven Bewertung von Aktivität gibt, „Aktivität im Alter“ sogar zum wesentlichen Kennzeichen des „erfolgreichen“ oder auch des „normalen“ oder „guten“ Alters wird, so gibt es auf der anderen Seite jene, die zwar auch die positiven Aspekte eines „aktiven Älterwerdens“ anerkennen, jedoch gleichzeitig und nachhaltig nach den Bedingungen und Einschränkungen dieser Orientierung fragen. Ein die Aktivität fördernder Politikansatz ist richtig und wichtig, doch in seiner Reichweite begrenzt. Denn das „aktive Älterwerden“ ist in diesem Verständnis kein empfohlener, guter oder normaler Lebensstil, sondern eine Lebensäußerung, die angesichts der Differenziertheit von Lebenssituationen im Alter lediglich einen wesentlichen Teilbereich der Wünsche und Bedürfnisse abdeckt und der — sehr grundlegend — an Voraussetzungen gebunden ist, die durch Gesellschafts- und Wirtschaftsstrukturen bestimmt sind.

Die Aktivitätsorientierung innerhalb der Gerontologie trifft auf eine Haltung innerhalb der breiteren Öffentlichkeit, die in völliger Übereinstimmung die positiven Aspekte eines aktiven Lebensstils erkennt und bejaht. Um so wichtiger ist es zu verdeutlichen, daß diese Position in Wissenschaft und Praxis Schwierigkeiten und Probleme des Alterns und in Alterssituationen der Tendenz nach unterbewertet und verharmlost. Die positive Sichtweise verdeckt Lebenssituationen, die als negativ empfunden werden bzw. die problemgeladen sind und zu deren Milderung oder Behebung auch die Politik aufgerufen ist. Das gewählte theoretische Konzept wirkt unmittelbar und direkt ein auf die Zukunftsprognose und auf die in diesem Zusammenhang stehenden Politikkonzepte.

Dies sei an einem wichtigen Punkt konkretisiert:

Die Position in Wissenschaft, Praxis und Politik, die Aktivität im Alter als wünschenswert und normal postuliert, betont gleichzeitig das Ziel der Durchsetzung eines als richtig anerkannten positiven Altersbildes. Entscheidend für die verbundenen Politikkonzepte wird dies, wenn Politik als direkt und unmittel-

bar auf eben dieses positive Altersbild einwirkend verstanden wird. Eine Altersanalyse, die problemorientiert vorgeht, gilt dann als kontraproduktiv, da angenommen wird, die Problembetonung fördere eine negative Sicht des Alters bei den alten Menschen selbst und in der Öffentlichkeit. Diese Position wird insbesondere von Lehr vertreten, als Beispiel sei die nachfolgende Äußerung angeführt:

„Eine neue Öffentlichkeitskampagne zugunsten der Einführung einer Pflegegeldversicherung, die mit (angeblich) objektiven Zahlen nicht nur über eine absolute, sondern auch eine relative Zunahme pflegebedürftiger Menschen arbeitet, kann bei großen Teilen der Bevölkerung wieder Altersstereotypen fördern, die Bilder der Hinfälligkeit und Hilfsbedürftigkeit wecken. Die Erwartung aber, mit solchen Bildern Anteilnahme hervorrufen zu können, beruht auf falschen Voraussetzungen. Negative Bilder rufen eher negative Reaktionen hervor. Vor allem aber sollten noch so wohlmeinende Experten, die meinen, auf das Alter durch realistische bzw. drastische Bilder von Altersleiden vorbereiten zu können, die unheilvollen Auswirkungen solcher Informationsvorträge auf die Erwartungshaltung von Frauen und Männern im mittleren Erwachsenenalter berücksichtigen. Nicht zuletzt sollte man auch beachten, daß die Altersbilder der Gesellschaft ihre Auswirkungen auf das Selbstbild alter Menschen haben“. (Lehr, 1991, S. 286; in diesem Sinne argumentiert auch der Erste Altenbericht der Bundesregierung, BMFuS, 1993, S. 82f.)

Dieck/Naegele hingegen behaupten, daß die Position in Wissenschaft, Praxis und Politik, die unter anderem durch sozialpolitische Anliegen geprägt ist, nicht umhin kann, sich auf Problemsituationen im Alter hin zu orientieren. Ihr gilt ein positives Altersbild nicht als Ziel der Politik — Verbesserungen der Lebenslagen von Problemgruppen und sozial Schwachen stehen im Vordergrund. Positive Bewertungen und Sichtweisen des Alters gehen in die Lebenslagen mit ein, doch sie sind nicht der entscheidende, prägende Faktor (vgl. Dieck/Naegele, 1989). Wieweit es eine „Politik der Aktivitätsförderung und der Herausbildung eines positiven Altersbildes“ geben kann, die nicht gleichzeitig die Behebung real existierender Probleme anstrebt, muß zumindest als ungeklärt gelten. Für die USA wurde von Binstock nachgewiesen, daß sich aus der Problemsicht des Alters („deserving poor“) eine Politik der sozialen Sicherheit gerade für diese Bevölkerungsgruppe entwickelt hat (Binstock, 1984), und dies einer Verbesserung des Altersbildes in den USA nicht entgegenstand (Tews, 1991, S. 92f.). Ohne Anerkennung der Verbreitung und der Schwere der Probleme von Pflegebedürftigkeit im Alter in der Bundesrepublik, hätte es zu der Durchsetzung einer Pflegeversicherung 1994 nicht kommen können. Im Sinne der hier vertretenen Argumentationslinie gibt es keinen Hinweis darauf, geschweige denn einen Beweis dafür, daß die Ziele eines „aktiven Älterwerdens“ und auch der Entwicklung eines positiven Altersbildes hierdurch negativ berührt wurden. Auch ist anzuführen, daß erst eine sich durch einen problembezogenen Zugang auszeichnende Sozialpolitik (z. B. die Rentenpolitik) mit dazu beigetragen hat, daß das heute weit verbreitete positive Bild der „Neuen Alten“ entstehen konnte.

5.2.1.2 Beiträge verschiedener wissenschaftlicher Fachdisziplinen

Im vorhergehenden Abschnitt 5.1 zur Thematik „Aktives Älterwerden“ wird das Konzept der **Aktivitätstheorie** des Alterns hinreichend erläutert und durch die das Konzept stützende Forschung exemplifiziert. Diese Theorie wurde vor allem von dem Arbeitskreis um Thomae in Bonn, und von jenem um Baltes/Baltes in Berlin vertreten. Damit wird eine Forschungsrichtung der Gerontologie vorgestellt, die Aktivität und Lebenszufriedenheit sowie erfolgreiches Altern miteinander verbindet und die seit rund 25 Jahren die psychologische Gerontologie bestimmt (Thomae, 1983, 1991; Baltes/Baltes, 1990, 1992).

Eine andere, in dieser Phase stärker in den Hintergrund gedrängte Alternstheorie, die sogenannte **„Disengagement-Theorie“** von Cumming/Henry, sieht den Alternsprozess zumindest in seiner Endphase geprägt durch einen Rückzug des Individuums in sich selbst. Dieser Rückzug geht einher mit Lebenszufriedenheit, da er nicht von außen aufoktroiert ist, sondern seine Entsprechung findet in der zugleich stattfindenden Zurückdrängung der Älteren aus dem aktiven gesellschaftlichen und sozial-kommunikativen Geschehen. Auslöser des Rückzuges, so die Annahme, ist die Befassung mit der Endlichkeit des Lebens und mit dem Tode, die bereits im mittleren Lebensalter höhere Bedeutung gewinnen kann. Die Rückzugsneigung wird verstärkt durch gesundheitliche Beeinträchtigung, geringe materielle Ausstattung und durch Einschränkungen des sozialen Netzwerkes, die mit dem Tod von Ehepartnern und gleichaltrigen Freunden einhergehen (Cumming/Henry, 1961; Cumming, 1981).

Weder die Aktivitätstheorie noch die Disengagementtheorie erklären Alterssituationen hinreichend (stellvertretend: Thurmond/Belcher, 1981; Salamon, 1985; Howe, 1988). Es ist festzuhalten, daß das „aktive Älterwerden“ vorwiegend und vorrangig Lebenssituationen jüngerer alter und gesunder alter Menschen kennzeichnet, die zudem unter günstigen wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Das „zurückgezogene Alter“ findet sich primär bei den Hochaltrigen und bei den alten Menschen, die unter gesundheitlichen Einbußen leiden und die über niedrige Einkommen verfügen.

Neben der Alternspsychologie und der Alternssoziologie, deren Theoriegebäude die beiden genannten Erklärungsansätze entstammen, gilt es, weitere gerontologisch relevante Fachdisziplinen mit ihrem Beitrag zur Klärung des Bedeutungsgehaltes und des Gegenstandsbereiches der „Aktivität im Alter“ zu berücksichtigen.

Die **Altersmedizin** (siehe Kapitel 7) trägt in entscheidendem Maße zur Ermöglichung eines aktiven Alters durch ihre Behandlungs- und Rehabilitationserfolge bei. Dennoch erkennen sowohl die praktische Altersmedizin wie die auf das Alter bezogene Pflege nicht nur Begrenzungen der Behandlungs- und Rehabilitationsfähigkeit alter Patienten an, sondern auch die Begrenzungen ihrer Bereitschaft, sich entsprechenden Bemühungen zu unterziehen. Falck verweist darauf (Falck, 1991), daß die für den Rehabilitations-

erfolg so wichtige Motivation zur Rehabilitation auf der Seite des alten Patienten fehlen kann. Ein eingeschränktes geistiges Leistungsvermögen kann die vorhandenen Rehabilitationspotentiale negativ beeinflussen. Im übrigen wirkt sich der sozio-ökonomische Status auf den erzielten Rehabilitationserfolg aus. Ergänzend ist anzumerken, daß eine Auffassung an Bedeutung gewinnt, die besagt, Rehabilitationsbemühungen und Aktivierung seien Grenzen gesetzt in der letzten Lebensphase, in der sich der alte Patient dem Tode zuwendet. Nies u. a. merken an, daß ebenfalls zu beachten sei, daß auch diese letzte Lebensphase in hohem Maße mit Lebenssinn ausgefüllt sein kann (Nies/Munnichs, 1986).

Die „Gesamtheit aller Bedingungen der sozialen Existenz derjenigen, denen sie sich zuwendet“ (Nahnsen, 1971) sind Gegenstand der wissenschaftlichen Sozialpolitik und entsprechend auch der **Sozialpolitik bezogen auf alte Menschen**. Sozialpolitik beschäftigt sich mit den materiellen und immateriellen Lebenslagen von Gruppen der Gesellschaft, wobei es ihr insbesondere um die Lebenslagen von wirtschaftlich und/oder sozial schwachen Personenmehrheiten geht (Frerich, 1987; Bäcker et al., 1989). Die Gesamtheit der staatlichen wie außerstaatlichen Maßnahmen, die auf diese Lebenslagen einwirken können, sind von Interesse. Für die Sozialpolitik ist „Aktivität im Alter“ demgemäß nur zu diskutieren als eine Lebensäußerung, die gebunden ist an Ausprägungen anderer Lebenslage Merkmale. Entscheidend werden gegebene Fähigkeiten und Potentiale durch die soziale Schichtzugehörigkeit beeinträchtigt oder gefördert. Geschlechtszugehörigkeit und Lebensalter bedingen eine weitere Differenzierung der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, angesichts der Gesellschaftsstrukturen, innerhalb derer sich das Leben gestaltet.

Aktivitätsformen und Aktivitätsbereiche sind nicht nur durch die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe determiniert, sondern sie sind auch nicht austauschbar, da quasi als „Tätigkeit an sich“ bewertet. Aktivität ist in einen gesellschaftlichen Zusammenhang gestellt und hat somit nicht nur persönliche, individuelle, sondern auch politische Bedeutungen und Folgen.

Relativ junge „gerontologische“ Disziplinen sind die Sozialgeschichte und die Kulturanthropologie. Eine **Sozialgeschichte**, die nach den historischen Bedingungen fragt, die eine hohe oder niedrige gesellschaftliche Bewertung des höheren Alterns bedingt und bewirkt hatten — oder Bedingungen analysiert, die die Entstehung des Wohlfahrtsstaates ermöglichten —, muß soziostrukturelle Aspekte in ihre Betrachtung einbeziehen. Eine einseitige, da positive Sicht des Alterns und Alters ist ihr versperrt und somit auch die einseitige Betonung des Aktivitätsaspektes (siehe z. B. Haber & Gratton, 1992; Conrad, Kondratowicz, 1983).

Vergleichsweise noch intensiver fragt die **Kulturanthropologie** nach den Bedingungen, die das Leben im Alter und die gesellschaftliche Position alter Menschen in verschiedenen Zeitaltern und Kulturen formen. Ihr spezielles Anliegen ist es, Bedeutungen und Wertzuweisungen herauszuarbeiten, ein Verständnis für unterschiedliche Lebensformen und Lebensstile zu

wecken. Dabei sind sich die Forscher bewußt, daß sie selbst durch die eigene kulturelle Prägung nicht „objektiv“ sein können (so z. B. Rubinstein, 1992). Meyers weist nach, wie stark Konzepte des Alters von Kultur zu Kultur differieren und einhergehen mit ganz unterschiedlichen Bedeutungszuweisungen an Zustände, die durch Unabhängigkeit oder Abhängigkeit, durch Aktivität oder Passivität geprägt sein könne (Meyers, 1993). Kritik — etwa von Cole (1992, S. 227 ff.) — gilt einem unkritischen Empirizismus in der Gerontologie, der Altersmythen und Altersstereotype durch empirische Forschung zu widerlegen sucht (hier S. 229). Die Polarisierung in ein „gutes“ (normales, erfolgreiches, aktives z. B.) und in ein „schlechtes“ Altern (das die gegenteiligen Positionen beinhaltet), den Dualismus zwischen einem falschen Pessimismus und einem oberflächlichen Optimismus (hier S. 237) gelte es zu überwinden. Die Vision gilt einer Gesellschaft, die mittels Sozialkritik und politischem Dialog zu mehr sozialer Gerechtigkeit auf der Grundlage einer soliden ökonomischen Lage findet und die bei aller Differenziertheit des Alterns und Alters ein sinnhaftes Leben im Alter ermöglicht (hier S. 239). Gleichzeitig allerdings sieht Cole (ebenda, S. 236 f.) das Problem möglicher verschärfter Verteilungskonflikte in der Zukunft (in den USA unter dem Signum von „generational equity“ diskutiert), die in einer Situation tendenziell gegen die ältere Bevölkerung gewendet werden, in der es nach wie vor in beträchtlichem Ausmaß Benachteiligungen älterer Menschen gibt. „Aktives Älterwerden“ kann als in diesen Verteilungskonflikt gestellt gesehen werden.

Es wird von den Vertretern der Norm des „aktiven Älterwerdens“ zum Teil die Vorstellung transportiert, als sei Aktivität quasi selbstverständlich mit einer positiven Altersbewältigung verbunden. Nicht nur die Kulturanthropologie, sondern auch die **Religionsforschung** widerlegen diese Unterstellung. In den großen Weltreligionen und den ihnen zugehörigen Konfessionen hat Aktivität ebenso ihren Platz wie die Meditation und der Rückzug aus der Geschäftigkeit dieser Welt (vgl. Post, 1992; Isenberg, 1992; Thursby, 1992; Kiefer, 1992).

Es kann keine eindimensionale Interpretation des Alterns und des Alters geben, die der Vielfalt der Realitäten standhält. Befassungen mit der Zukunft von Gesellschaften müssen offen sein für einen Bedeutungswandel ehemals dominanter Konzepte, in diesem Falle von Alterskonzepten. Durch die sozialhistorische Forschung wird die Vermutung gestützt, die rein quantitative Zunahme der alten Menschen in einem Lande bleibe für die Bewertung des Alters und für die Bedeutung von Alterskonzepten unerheblich. Aktivitätskonzepte des Alterns können nach der Jahrtausendwende bis hin zum Jahr 2030 weiterhin Gültigkeit besitzen, da sie für einen bedeutenden Teil der dann alten Menschen Lebensorientierung bieten. Sie können allerdings mit ebenso hoher Wahrscheinlichkeit einer differenzierten Alterssicht Platz machen, die auf starke, prägende Normierung in einer offeneren Gesellschaft verzichtet. Kommt es dazu, daß Konzepte der „generational equity“ des Interessensausgleichs zwischen den Generationen (mit der zusätzlichen Vorstellung der Einschränkung von Umverteilungsmaßnahmen zugunsten von Älteren), von den USA

kommend, auch in Europa Bedeutung gewinnen, so ist nicht auszuschließen, daß der sich quantitativ verringernde Bevölkerungsteil der Erwerbsfähigen und Erwerbstätigen zugunsten einer Einschränkung der Leistungen für — wie des Einflusses von — älteren Menschen optiert. Die Bedingungen für eine Aktivitätsentfaltung jener, deren Lebensorientierung dies ist, würden nicht begünstigt.

5.2.2 Voraussetzungen und Einschränkungen des „aktiven Älterwerdens“

Es kann keinen Dissens darüber geben, daß es gilt, Differenzierungen von Alterssituationen hinreichend zu beachten. Für die Praxis des Umgangs mit alten Menschen wie für die Politik ist die Anerkennung dieser Forderung selbstverständlich. Und dennoch gelingt es oftmals nicht, dieser anerkannten „Qualitätsnorm“ der Analyse Rechnung zu tragen.

Aktivität ist nicht gleich Aktivität in dem Bedeutungsgehalt, den diese Lebensäußerungen für alte Menschen und deren Zufriedenheit erlangen. Longino/Cart weisen z. B. nach, daß informelle soziale Kommunikation die Zufriedenheit fördert. Formale, organisierte Aktivitäten hingegen haben eher eine gegenteilige Wirkung. Aktivitäten, bei denen man auf sich selbst gestellt ist (Haus- und Gartenarbeit, Zeitungslesen, Fernsehen etc.), erweisen sich als neutral (Longino/Cart, 1982). Man wird bei diesen Ergebnissen in Rechnung stellen müssen, daß Befragte nicht zwischen Situationen abwägen, in denen sie zu einer Aktivität befähigt sind und in denen sie aufgrund von Gesundheitseinschränkungen oder Situationen sozialer Benachteiligung nicht über die notwendigen Rahmenbedingungen und persönlichen Voraussetzungen verfügen.

Alterssituationen variieren in Abhängigkeit von dem erreichten Alter, von der Geschlechtszugehörigkeit und den sozio-ökonomischen Lebensbedingungen in hohem Maße (siehe hierzu Johnson, 1994 in einem Kommentar zu den sozialen und kulturellen Unterschieden, siehe auch Lawton, 1985). Diese Faktoren müssen auch auf den Wunsch nach Aktivität, der Fähigkeit zur Aktivität und auf ihre konkrete Ausprägung einwirken. Auf Aspekte hierzu sei nachstehend in knapper Form eingegangen.

5.2.2.1 Einwirkungen des kalendarischen Alters

Die Bedeutung von Freizeitaktivitäten für die Lebenszufriedenheit ist altersabhängig. Während, nach Steinkamp/Kelly bei Jüngeren Freizeitaktivität zur Lebenszufriedenheit unmittelbar beiträgt, wirkt sie oberhalb des Alters von 65 Jahren auf die Lebenszufriedenheit insoweit ein, als dadurch ein Rahmen bereitgestellt ist, innerhalb dessen das subjektive Empfinden der sozialen Integration gestärkt wird (Steinkamp/Kelly, 1987). Mit dem Erreichen eines höheren Alters (wobei das Alter von 75 Jahren als Marge gilt), weisen Altergott/Duncan darauf hin, daß Freizeitaktivitäten weniger bedeutsam werden als sie es früher waren (Altergott/Duncan, 1988). Johnson/

Barker bestätigen diese Befunde, ohne ihnen den Charakter von Gesetzmäßigkeiten zuzuschreiben (Johnson/Barker, 1992). Während unter den Hochaltrigen (85 Jahre und älter) etwa die Hälfte aktiv unter US-amerikanischen Bedingungen neue Freunde sucht und an organisierten Aktivitäten teilnimmt, zieht sich die andere Hälfte stärker von derartigen Aktivitäten und auch Erwartungen zurück. Eine Zukunftsorientierung macht der Konzentration auf das Hier und Jetzt stärker Platz, es geschieht ein Rückzug in sich selbst. Rückzug, durchaus im Sinne von „Disengagement“ verstanden, ist eine Problemlösungsstrategie, die es erlaubt, als belastend empfundene Rollenanforderungen und Rollenerwartungen abzuwehren. So weist Pearlin relativierend darauf hin, daß die Bereitschaft zur Übernahme von Familienrollen und Familienpflichten bei hochaltrigen Frauen zum Teil abbricht und einer Tendenz zum Rückzug weicht (Pearlin, 1994).

In den Kontext dieser Befunde läßt sich das von dem schwedischen Gerontologen Tornstam zur Überwindung der Aktivitäts- wie der Disengagementtheorie formulierte „Modell der Gerotranszendenz“ stellen, das eine Neubewertung von Ereignissen und Erlebnissen im höheren Alter postuliert (Tornstam, 1992, 1993). Der alte Mensch fühlt sich demnach stärker als der jüngere mit dem Universum verbunden; er ist stärker auf sich zentriert und seine Angst vor dem Tode schwindet. Mit zunehmendem Alter werden Aktivität und Teilhabe am Leben der Umgebung weniger wichtig für die eigene Zufriedenheit, hier findet eine Entkoppelung statt. Alten Menschen stehen demnach qualitativ andere Muster der Lebensbewältigung zur Verfügung als jüngeren. „Sinnggebung im Alter“ ist, wie Nies/Munnichs betonen, nicht zwangsläufig aktivitätsorientiert (Nies/Munnichs, 1988).

Kalendarisch hohes bis sehr hohes Alter geht im Durchschnitt einher mit gesundheitlichen Einschränkungen. Einem Teil dieser Menschen ist eine selbstbestimmte Aktivität nur noch eingeschränkt oder nicht mehr möglich. Zu der letztgenannten Personengruppe zählen z. B. Demenzzranke in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium. Auch hochgradig pflegebedürftige Menschen sind in ihren Aktivitäten sehr weitgehend eingeschränkt und im Extrem als Bettlägerige voll und ganz von fremder Hilfe abhängig (vgl. Kapitel 7). Als Folge der Krankheitsbekämpfung und der Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten, d. h. der Qualität der Gesundheitsversorgung als einem wichtigen Faktor, sterben die Menschen in den Industrieländern weit überwiegend im höheren Alter. D. h. die Orientierung auf den Tod hin ist erst in der Phase der Hochaltrigkeit erforderlich (zur Gesamtheit siehe Sill, 1980).

Lawton definiert Aktivität wird als extern wahrnehmbares Verhalten (Lawton, 1985, S. 128). Aktivitätsreduktionen gehen, dieser Definition folgend, mit zunehmender Hochaltrigkeit zwingend einher, sofern — und dies ist häufig der Fall — sich der Mobilitätswinkel einengt und der Lebensraum immer stärker auf den engeren Bereich der Wohnung bzw. des Hauses und seiner nahen Umgebung eingeengt wird. Kontrolle bedeutet Sicherheit. Reduzierungen des Radius,

in dem Kontrolle ausgeübt wird, tragen zur Erhaltung eines Zustandes der Selbstbestimmung und der Kontrollausübung bei. Rubinstein/Kilbride/Nagy verweisen in diesem Zusammenhang auf die „Miniaturisierung der Zufriedenheit“ und auf die „Freiheit im Kleinen“, die bei hilfe- und pflegebedürftigen Menschen trotz gegebener Einschränkungen zu einem Zustand der Balance, der Ausgeglichenheit führen kann (Rubinstein/Kilbride/Nagy, 1992, S. 81, S. 143ff.).

Eher am Rande sei festgehalten, daß, wie Eith nachgewiesen hat, von dem 70. Lebensjahr an die Wahlbeteiligung deutlich zurückgeht, trotz der Möglichkeit der Briefwahl (Eith, 1991, S. 169). Auch dies ist ein Verhalten, das im Sinne des Rückzuges interpretiert werden kann.

5.2.2.2 Einwirkungen der Geschlechtszugehörigkeit

Von Solomon sowie von Rossi wird die These vertreten, mit zunehmender Hochaltrigkeit käme es zu einer Verringerung der Rollendifferenzen zwischen Männern und Frauen. Männer werden demnach eher expressiv in ihrem Verhalten, dem anderen zugewandt, auch abhängig von der Hilfebereitschaft anderer; Frauen hingegen sehen sich eher in die Lage versetzt, sich zu behaupten und sie werden bestimmer in ihrer sozialen Umgebung. Zu den Begründungen für diese Veränderungen, insbesondere auf der Seite der Männer, zählt der Macht- und Rollenverlust nach Berufsaufgabe (siehe Solomon, 1982; Rossi, 1986).

Wie immer dies sei, Frauen stellen die Mehrheit alter Menschen und die weit überwiegende Zahl der Hochaltrigen. Sie sind somit automatisch jene, die von Verlusten in ihrem Entfaltungspotential, in ihrer Selbstversorgungsfähigkeit betroffen sind. Zudem treffen eingeschränkte finanzielle Verhältnisse häufiger Frauen als Männer, mit einhergehenden Einschränkungen des ihnen zugänglichen Spektrums an Altersaktivitäten. Sind die Frauen verheiratet, so gilt nicht selten noch eine Regelung in den Altengenerationen von heute, daß der Mann über die Einkommens- und Vermögensverwendung entscheidet. Müller-Daehn/Fooker behaupten, daß mit der zunehmenden Berufsorientierung und auch Berufstätigkeit von Frauen, die mit einer zunehmend besseren Ausbildung und Berufsqualifikation größerer Anteile von Frauen einhergehen, sich Anspruch und Selbstbewußtsein verändern. Heute alte Frauen haben während des Zweiten Weltkrieges Situationen der Selbstverantwortung und der Verantwortung für Familien und Betriebe durchlebt. Die nachfolgende Frauengeneration hat Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit ihren Kindern, die wenigstens zum Teil durch die gesellschaftskritischen Haltungen der Schüler/Studenten in den 60er/70er Jahren in der (alten) Bundesrepublik geprägt sind (Müller-Daehn/Fooker, 1993, S. 370ff.) weisen zu Recht auf diese Generationsfolgen von Frauen hin und damit implizit auf unterschiedliche Verhaltens- und Aktivitätswahrscheinlichkeiten. Über mögliche Veränderungen der Poten-

tiale von Männern im Alter in Abhängigkeit der Generationsfolge muß bisher auf noch unsicherer Basis spekuliert werden (siehe Fooker, 1986).

Auf einige konkrete, aktivitätsbezogene Differenzen sei illustrierend verwiesen:

Altergott und Duncan ermittelten in einem internationalen Vergleich, daß es deutliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Zeitbudgets gibt, das für sozial-kommunikative Zwecke im Alter verwendet wird. Bei Frauen ist es deutlich höher als bei Männern (Altergott/Duncan, 1988, S. 234). Nun sind sozial-kommunikative Aktivitäten zu einem wesentlichen Teil durch das verfügbare informelle Netz (Familie, Freunde, Nachbarn) bestimmt. Männer wie Frauen sind in der Regel bis in das hohe Alter in ein — strukturell differierendes — Geflecht informeller Netzwerkbeziehungen eingebunden. Während auf dem Lande noch eine Familienorientierung der Frauen mit einer eher kameradschaftlich-nachbarschaftlichen Orientierung der Männer kontrastieren mag, verfügen Männer wie Frauen unter den Lebensbedingungen der Großstadt über reichhaltigere außerfamiliale Netze (AG Gesundheitsanalysen, Interdisziplinäre AG, 1991, S. 59 ff.). Bedeutsam erscheint der Befund von Roberto und Kimboko, der auf einen unterschiedlichen Bedeutungsgehalt von Freundschaften in der Interpretation von alten Männern und Frauen verweist. Frauen neigen eher dazu, einmal eingegangene Freundschaftsbeziehungen zu erhalten, sie auch als solche trotz verdünnter Kontakte nach wie vor einzustufen und in sie, wenn die Lebenssituation es ermöglicht oder nahelegt, erneut zu intensivieren. Insbesondere nach der Verwitwung, generalisierend nach entscheidender Veränderung der familialen Situation in Richtung Reduzierung des familialen Netzes, erhalten Freundschaftsbeziehungen eine größere Bedeutung für die Lebensgestaltung (Roberto/Kimboko, 1989). Dies ist im gegebenen Zusammenhang von Bedeutung, da Aktivitäten im Alter durch die Möglichkeiten ihrer gemeinsamen Ausübung gefördert werden (so auch Altergott, Duncan, 1989, S. 233 ff.).

Nach Braun/Röhrig verteilt sich ehrenamtliches Engagement nicht gleichmäßig über die Geschlechter. Während Männer wie Frauen sich im Sozial- und Gesundheitsbereich engagieren, haben Frauen deutlich geringere Chancen zu ehrenamtlichem Engagement in anderen gesellschaftlichen Handlungsbereichen — z. B. Sport, politische Parteien, kulturelle und gesellige Vereine, berufsständische Organisationen, Gewerkschaften, Bürgerinitiativen und öffentliche Ehrenämter (Braun/Röhrig, 1987, S. 62 ff.). Auch innerhalb des Sozial- und Gesundheitsbereiches gibt es noch einmal deutlich unterschiedene Präferenzen nach Geschlecht und nach Alter (ebenda, S. 69). Neben den Tätigkeitsbereichen ist nach den ausgeübten Funktionen zu unterscheiden — Funktionen auf der Ebene von Leitung und Führung, Funktionen bezogen auf die Administration und Funktionen des direkten persönlichen Dienstes (nach Kosmale, 1966). Wie Schmidt ausführt, ist davon auszugehen, daß ehrenamtliche Arbeit, die zu einem direkten Kontakt zu Hilfebedürftigen führt, häufiger und mancherorts fast ausschließlich von Frauen übernommen wird

(Schmidt, 1983, S. 208). Männer übernehmen traditionell eher Funktionen im Bereich des politischen Ehrenamtes sowie auf der Ebene von Leitung und Führung (in diesem Sinne argumentiert auch Backes, 1987, S. 20 ff. sowie S. 55 f.; Braun/Röhrig, 1987, S. 59 f. und S. 110; so auch Rubinstein, 1986, S. 42). Braun/Röhrig fanden in den organisatorisch-leitenden Positionen überwiegend (noch) Erwerbstätige und „Personen mit hohem Haushaltseinkommen und mit einer hohen Präferenz für Selbstentfaltungswerte“ (ebenda, S. 60).

Unverkennbare Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind beim Suizid im hohen bis sehr hohen Alter gegeben. Seit Beginn der 60er Jahre sind die Suizidraten alter Männer kontinuierlich gestiegen, während in diesem Zeitraum für die alten Frauen in der Bundesrepublik ein Anstieg (bis 1978) und danach ein Rückgang zu verzeichnen ist, und zwar durchgängig auf sehr viel niedrigerem Niveau. Warum die Selbstmordhäufigkeit bei Männern zwischen dem 70. und 90. Lebensjahr derart ansteigt bei einem ohnehin relativ hohen Niveau, ist bisher nicht geklärt (vgl. Böhme/Lungerhausen, 1988 und die enthaltenen Einzelbeiträge). Beachtenswert ist die Tatsache allerdings, denn sie verweist auf kritische Aspekte der Lebenssituationen des Geschlechts im Alter, das unter einer Vielzahl von Gesichtspunkten gesellschaftlich begünstigt zu sein scheint.

5.2.2.3 Einwirkungen des sozio-ökonomischen Status

Obwohl es keine Zweifel an den Einwirkungen des sozio-ökonomischen Status auf zentrale Lebensmerkmale im Alter geben kann, blendet die gerontologische Forschung diesen Aspekt nicht selten aus bzw. sie eliminiert bewußt die Einwirkungen, um die Kennzeichen und Begleiterscheinungen des Alters quasi unter Laborbedingungen schichtunabhängig herausarbeiten zu können (so z. B. auch die Kritik von Walker/Phillipson, 1986, S. 2).

Ausgehend von der Lebenslageanalyse bietet das Konzept der „Sozialen Ungleichheit“ nach Dieck/Naegele sowie Amann einen Ansatz, die Wirkungen struktureller Benachteiligung herauszuarbeiten. Die Verfügbarkeit von Arbeit bzw. das Durchleben eines würdigen und nicht diskriminierenden Übergangs von der Erwerbsphase in die Nach-Erwerbsphase, die Ausstattung mit einem hinreichenden Einkommen, durch Bildung und Ausbildung vermittelte Zugänge zu kultureller und politischer Partizipation sind zentrale Bestimmungsfaktoren begünstigender Lebenslagen im Alter. Durch diese Grundausrüstung vermittelt (bzw. durch Mangellagen behindert und verhindert) werden angemessene Lohnsituationen, gesundheitliche Befindlichkeiten, der Zugang zu Sozial- und Gesundheitsdiensten, ja die Prävention von Funktionseinbußen, Sozialkontakte und ebenso Lebensperspektiven (Dieck/Naegele, 1989; Amann, 1993). Zusammenfassend führt Amann (ebenda, S. 111) zur Entwicklung der sozialen Ungleichheit aus:

„In der Relation zwischen einzelnen Gruppen in der älteren Bevölkerung in Begriffen von Ungleichheit

oder relativer Benachteiligung hat sich allerdings bedeutend weniger geändert als am Niveau der allgemeinen Wohlfahrt. Es scheint eher so zu sein, daß sich an der geschlechtsspezifischen Ungleichheit nichts Prinzipielles verbessert hat und daß die Abstände zwischen den reichen Alten und den armen Alten größer geworden sind. Allerdings ist dieses Bild in den letzten Jahren sicher verschleiert worden, indem der „Wohlstand“ auch als Ideologie eingesetzt („so gut ist es uns noch nie gegangen“ oder wir zählen „zu den reichsten Ländern der Erde“) und damit von Armuts-, Benachteiligungs- und Diversifikationsphänomenen abgelenkt wurde.“

Die Frage, ob im sehr hohen Alter soziale Differenzierungen eingeebnet werden, wird immer wieder aufgeworfen und ist dennoch zu verneinen. Zwar gelten die Limitierungen in der gesundheitlichen Befindlichkeit, in der Mobilität und auch der Aktivität für alle Sozialschichten, jedoch mit einer bleibenden — durch Beruf und Einkommen, subjektiven Gesundheitszustand, Aspekte der psychologischen Fähigkeiten und der sozialen Netzwerke bedingten — Differenzierung (Johnson, 1994a). Auf die größere Häufigkeit von Situationen der Pflegebedürftigkeit in Haushalten mit schlechter materieller Ausstattung ist in diesem Zusammenhang ebenso zu verweisen wie auf den Einfluß der Berufszugehörigkeit auf die Lebenserwartung (vgl. Kapitel 1 „Demographischer Wandel: Die Daten und ihre Entwicklung bis 2030“ und Kapitel 2 „Familie und soziales Umfeld“).

Für die Bundesrepublik können Mayer/Wagner im gegebenen Stadium der Auswertung von BASE¹⁾ nachweisen (Mayer/Wagner, 1993), daß ein besserer Bildungsstand bei Frauen zu einer positiveren subjektiven Befindlichkeit führt. Höhere Armutsraten von Frauen werden auch durch diese Untersuchung nachgewiesen. Wenn auch bisher keine generellen Aussagen zur Wirkung des sozio-ökonomischen Status auf das Altern und insbesondere die Hochaltrigkeit möglich sind, so fanden die Autoren doch eine Verbindung zwischen niedrigem sozio-ökonomischem Status von Männern und Frauen und geringeren kognitiven Fähigkeiten sowie schlechteren Leistungen im Demenz-Test. Auswirkungen dieser Lebenslageaspekte auf die Aktivitäten im Alter sind mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit gegeben, auch wenn bisher nicht nach diesen Auswirkungen gefragt wurde.

Armut im Alter führt zu einer deutlichen Einschränkung von Aktivitäten nach außen und zu einer Reduzierung sozialer Kontakte außerhalb des familialen Umfeldes. Die vorhandenen Kompetenzen und Fähigkeiten sind letztlich darauf gerichtet, die eigene Existenz im Rahmen der vorhandenen finanziellen Möglichkeiten (Existenzminimum) erträglich zu gestalten (Forschungsgesellschaft für Gerontologie, 1992).

¹⁾ BASE = Berliner Altersstudie, getragen durch die (seinerzeit Westberliner) Akademie der Wissenschaften. Es handelt sich um eine multidisziplinär angelegte empirische und repräsentative Studie von alten und hochbetagten Menschen, die in Westberlin wohnen. Sie wurde 1988 begonnen und steht 1994 vor dem Abschluß.

Bedenkenswert ist in diesem Zusammenhang die Argumentation von Cummings, d. h. der ausgewiesenen Vertreterin der Disengagement-Theorie, daß die Gesellschaft jene, die eine hohe Anerkennung erhalten und die eine hohe gesellschaftliche Position erreicht haben, in deutlich geringerem Maße „aus der Gesellschaft zurückweist“ als Menschen, die einen entsprechend herausgehobenen Status nicht erreicht haben. Dieser Hinweis fügt sich ein in die Erkenntnis, daß insbesondere die Hochqualifizierten eine Fortsetzung der Erwerbstätigkeit im höheren Alter anstreben, während Menschen mit belastenden Arbeitsplätzen, die keine Entfaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten bieten, bei hinreichender materieller Sicherung einen relativ frühen Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit suchen (Cummings, 1981, S. 45). Das Gesamtbild wird abgerundet durch den Umstand, daß ehrenamtliches Engagement in der Regel an die Verfügbarkeit eines hinreichenden bis höheren Einkommens und an die Zugehörigkeit zu dem mittleren bis jungen höheren Lebensalter gebunden scheint.

5.2.2.4 Ergänzende Anmerkungen u. a. bezogen auf Aspekte der ethnischen Zugehörigkeit

Ein vierter, auf die Lebenslage massiv einwirkender Faktor ist die ethnische Zugehörigkeit. Für die Bundesrepublik Deutschland sind unter dieser Rubrik insbesondere die Mitbürger anderer Nationalität zu fassen. Nimmt man durch die Geschichte und die Heimatregion geprägte kulturelle Äußerungsformen und Bewußtseinslagen hinzu, so müssen an dieser Stelle auch die deutschstämmigen Aussiedler Erwähnung und Berücksichtigung finden sowie, insbesondere in den höheren Altersklassen, die Vertriebenen. Wie bekannt, gibt es in allen drei genannten Bevölkerungsgruppen bedeutsame Ausdifferenzierungen.

Wir sind nicht in der Lage, Aspekte des „aktiven Älterwerdens“ dieser Bevölkerungsgruppen an dieser Stelle zu behandeln. Bisher gibt es wenig relevante Forschung. Auch sind Praxiserfahrungen nicht hinreichend zusammengetragen und ausgewertet. Anlehnungen an die internationale Forschung sind möglich, soweit es um relevante Fragestellungen und Forschungsmethoden geht. Doch dürften die Ausprägungen der Lebenslagen sehr spezifisch für die Bundesrepublik Deutschland sein, so daß die Forschungsergebnisse selbst nur begrenzt übertragbar sein dürften.

Es gibt in jeder Gruppierung ein eigenes Vereinsleben. Zum Teil kommt eine besondere Prägung der Zusammengehörigkeit durch die Religionszugehörigkeit hinzu. Für die Menschen, die außerhalb Deutschlands aufgewachsen sind, ist eine große Distanz zu deutschen Institutionen und Aktivitätsformen sicherlich nicht die Ausnahme. Entscheidend bleibt weithin das Leben in der eigenen ethnischen Gruppe. Diese ist, worauf Dietzel-Papakyriakou hinweist, durch die soziale Schichtzugehörigkeit, das Geschlecht und das Alter untergliedert, d. h. durch die Menschen und ihre Potentiale in einer gegebenen Gesellschaft entscheidend beeinflussende Faktoren (Dietzel-Papakyriakou, 1993, S. 3).

5.2.3 Aktivitätsbegrenzungen und Wirkungseinschränkungen unter erschwerenden Bedingungen

Nicht nur die persönlichen Kennzeichen und Fähigkeiten — die gesellschaftlich vermittelten eingeschlossen — bestimmen die Möglichkeiten eines aktiven Lebens im höheren Erwerbsalter und im Alter jenseits der 65. Jahresgrenze. Entscheidend wirken die strukturellen Rahmenbedingungen ein, in die Aktivitäten gestellt sind.

Nachstehend werden die Probleme und Hindernisse an Hand von vier Beispielen, die wichtige Lebensbereiche älter werdender und alter Menschen betreffen, verdeutlicht. Diese Beispiele beziehen sich auf die Teilnahme am Erwerbsleben, auf die vorzeitige berufliche Entpflichtung, die Teilhabe am politischen Leben und die Übernahme gesellschaftlich als wichtig anerkannter Aufgaben. Zu jedem Aspekt wird die anzustrebende politische Zielsetzung verdeutlicht.

5.2.3.1 Teilnahme älterer Arbeitnehmer am Erwerbsleben

Durch die gerontologische Forschung ist hinlänglich unter „Laborbedingungen“ nachgewiesen, daß es keinen generellen Abfall der Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer gibt. Typisch für das zunehmende Alter sind Leistungsverschiebungen, die allerdings nicht mit Einbußen an Leistungsqualität einhergehen müssen (vgl. hierzu Abschnitt 3.4.4).

Betriebe gestalten ihre Arbeitsplatzanforderungen nicht primär unter dem Blickwinkel der durch das höhere kalendarische Alter geprägten Leistungsfähigkeit dort arbeitender Menschen. Vielmehr sind diese Ausdruck des jeweiligen Produktionsregimes. Wenn also die betrieblichen Arbeitsplatzanforderungen solche Qualifikationen notwendig machen, die sich mit dem Lebensalter verringern, dann bringt es den Betroffenen nichts, daß sie in anderen — gerade nicht abverlangten — Qualifikationselementen Leistungszunahmen zu verzeichnen haben. Entscheidend für die Einsatzfähigkeit und den konkreten Einsatz älterer Arbeitnehmer sind die betrieblichen Nutzungsstrategien des Humankapitals.

Eine explizite Berücksichtigung neuerer industrie- und bildungssoziologischer Forschungsergebnisse zu Qualifikationsveränderungen und Risiken älter werdender Arbeitnehmer, die erst ein umfassendes Bild der tatsächlichen Qualifikationsstruktur älterer Arbeitnehmer inkl. ihrer spezifischen Vorzüge, aber auch Risiken, ermöglichen, ist notwendig. Nur dadurch eröffnen sich auch weitergehende Perspektiven für arbeitsmarkt- und betriebspolitische Optionen, wie sie z. B. im Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“, bereits mit Blick auf die künftige demographische Entwicklung und die daraus abgeleiteten Herausforderungen diskutiert worden sind. Sie müssen sich insbesondere beziehen auf Dequalifikationsprozesse sowie auf intergenerationelle Qualifikationsdiscrepanzen vor dem Hintergrund einer mit dem Alter rückläufigen Beteiligung an beruflicher Fort- und

Weiterbildung (auch zum folgenden vgl. Naegele, 1992, S. 30ff.).

Nach Naegele finden Dequalifikationsprozesse, d. h. Prozesse der Entwertung vorhandener Qualifikationen, i. d. R. längerfristig statt, entwickeln sich schleichend und sind häufig einer umfassenden Wahrnehmung gar nicht zugänglich. Dequalifizierungen entstehen erstens hauptsächlich im Zusammenhang mit innerbetrieblichen und/oder branchenüblichen Änderungen der Produktionstechnik bzw. der Organisationskonzepte, wenn diese — wie in den weitaus meisten Fällen üblich — zugleich Verschiebungen in der betrieblichen Nachfrage nach Qualifikationen nach sich ziehen. Eine zweite große Gruppe von Dequalifizierungsrisiken, die speziell ältere Beschäftigte bedroht, resultiert aus längerfristig wirksamen betriebs-, berufs- bzw. tätigkeitsspezifischen Qualifizierungsprozessen, die eine für Ältere typische längere Betriebszugehörigkeitsdauer i. d. R. mit sich bringt. Damit ist gemeint, daß — entsprechend der „Dis-use-These“²⁾ — vorhandenes Qualifikationsvermögen zumindest in Teilen auch infolge einer oft jahre- bzw. jahrzehntelang stattfindenden engen Zurichtung auf bestimmte Verfahren, Arbeitsbereiche bzw. im Extremfall sogar auf nur wenige/einzelne Arbeitsvorgänge/Handgriffe (Routine) entwertet wird. Wenn es nicht rechtzeitig zu Arbeitsplatz- oder Tätigkeitswechseln kommt, die das (Wieder-) Erlernen bzw. (Wieder-) Einüben neuer bzw. früher einmal erworbener Qualifikationen ermöglichen, sind solche Fähigkeitsverluste zu befürchten. Die für die Wiederqualifizierung erforderliche innerbetriebliche Mobilität(sbereitschaft) sinkt aber gerade mit fortschreitendem Lebensalter/der Dauer der Betriebszugehörigkeit und wird zudem betrieblicherseits auch nicht gefördert.

Konkrete Beschäftigungsrisiken entstehen für die davon jeweils Betroffenen immer dann, wenn im Gefolge technisch-organisatorischer Veränderungen, betrieblicher Innovationen und dgl. Arbeitsplätze wegfallen, Arbeitsabläufe umgestaltet, Arbeitsaufgaben verändert werden usw. und infolgedessen neue Qualifikationen abverlangt werden, über die die Betroffenen aber (noch) nicht bzw. nicht mehr verfügen, die jedoch bei konkurrierenden Arbeitnehmergruppen (z. B. Jüngere, Frauen, Ausländer) vorhanden sind und auch leicht rekrutiert werden können. So hat beispielsweise in der Vergangenheit die Einführung von modernen Kommunikations- und Informationstechnologien im Büro- und Verwaltungsbereich zu erheblichen Beschäftigungsnachteilen für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geführt, sind in der Industrie ganze Berufsbilder entfallen und haben die davon betroffenen Älteren vor das berufliche Nichts gestellt. Künftig muß sogar befürchtet werden, daß bei der gegenwärtigen „Dringlichkeit eines raschen Strukturwandels der Wirtschaft“ diese Risiken noch mehr an Gewicht gewinnen. Hoffmann meint dazu: „Für Arbeitnehmer, die nicht durch entsprechende Weiterbildung ‚up-to-date‘ geblieben sind, wird in Zukunft die Gefahr der Dequalifikation oder der strukturellen Arbeitslosigkeit immer größer

²⁾ Die Dis-use-These besagt, daß eine Fähigkeit, die nicht gebraucht wird, verkümmert.

werden“ (Hoffmann, 1993, S. 324 f.). Die Tatsache, daß Ältere für auf solche Veränderungen bezogene Requalifizierungsmaßnahmen zwar prinzipiell lernfähig wären — die „richtigen“ Konzepte vorausgesetzt und angewandt — ändert an diesem Grundrisiko so lange nichts, wie auf Seiten der Betriebe die Umsetzung dieses Wissens unterbleibt, sei es, weil es sich eben nicht „rentiert“, darin zu investieren, oder sei es, weil der Qualifikations- bzw. Personalbedarf anderweitig gedeckt werden kann.

Intergenerationelle Qualifikationsdiskrepanzen (Kohorteneffekte, Generationeneffekte) ergeben sich stets dadurch, wie Rürup/Sesselmeier anmerken, daß die jeweils nachrückenden Gruppen beruflich Ausgebildeter in aller Regel zugleich auch immer über ein höheres formales („moderner“) Ausgangsqualifikationsniveau verfügen. Konkrete Beschäftigungsrisiken drohen dann, wenn auf den betroffenen Arbeitsplätzen genau diese „modernen“ Formalqualifikationen abverlangt und zugleich die „veralteten“ nicht mehr benötigt werden bzw. ein paralleler Einsatz „alter“ und „neuer“ Qualifikationen nicht möglich ist bzw. sich für den Betrieb ökonomisch nicht rechnet. Auch hierbei wird ein höheres Lebensalter immer dann zu einem negativen Selektionskriterium, wenn solche „modernen“ Qualifikationen leicht anderweitig rekrutierbar sind (z. B. durch jüngere Nachwuchskräfte, formal besser qualifizierte Arbeitsuchende) oder wenn sich die Anpassungsqualifizierung der auf diesen Arbeitsplätzen beschäftigten Älteren aus betrieblicher Sicht nicht „lohnt“, was mit immer kürzerer Beschäftigungsperspektive zunehmend der Fall ist (Amortisationsargument). Solange jedoch ausreichend jüngere und formal besser qualifizierte Arbeitnehmer vorhanden sind, werden diese automatisch „nachrücken“ bzw. die Unternehmen werden — betriebswirtschaftlich sinnvoll — versuchen, nur die leistungsfähigsten Älteren auf ihren angestammten Arbeitsplätzen zu belassen. Für die dagegen weniger leistungsfähigen Älteren sind entweder berufliche und innerbetriebliche Herabstufungen („down grading“) oder — im extrem — sogar vorzeitige Freisetzungen zu befürchten (Rürup/Sesselmeier, 1993a; 1993b).

Kohli führt an, daß in besonderer Weise ältere Beschäftigte auf niedrigem und mittlerem Qualifikationsniveau bedroht sind. Für die meisten von ihnen hat es seit ihrer Erstausbildung keine regelmäßigen und systematischen Requalifikationsbemühungen gegeben, „nicht einmal in einem Land wie der Bundesrepublik, wo die Fluktuation vergleichsweise gering ist und eine gute Berufsausbildung als wichtige Produktivkraft betrachtet wird. Demzufolge sind ältere Arbeitnehmer auch weniger flexibel und dadurch, daß seit der letzten Ausbildungsphase viel Zeit verstrichen ist, können sie auch nicht so ohne weiteres umqualifiziert werden, wenn Bedarf besteht“ (Kohli, 1993, S. 189).

Die dargestellten Qualifikationsrisiken sind im Zusammenhang zu sehen mit vorliegenden Prognosen zum künftigen Qualifikationsbedarf. Hier sind die Aussagen nur in einer Hinsicht eindeutig: Nach Klaunder und Hoffmann steigt der Qualifikationsbedarf weiter (Klaunder, 1992; Hoffmann, 1993). (Siehe hierzu

auch die Ausführungen im Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“).

Die vorliegenden Qualifikationsbedarfsprognosen signalisieren die Bedeutungszunahme von solchen Beschäftigungsrisiken für Ältere, die sich aus formalen Qualifikationsnachteilen gegenüber jeweils nachrückenden jüngeren Beschäftigtengruppen ergeben. Diejenigen Älteren, die bereits hier geringe Startchancen in Form niedriger Abschlüsse mitbringen, dürften erhebliche Schwierigkeiten haben, diese später noch aufzuholen. Dem könnte man zwar entgegenhalten, daß die jeweils nachrückenden Kohorten Älterer insgesamt mehr Bildung und mehr Erfahrung mit Fort- und Weiterbildung mitbringen als ihre jeweiligen Vorgängerkohorten und von daher auch eher bereit und in der Lage sein werden, auftretende Niveaudiskrepanzen durch Fort- und Weiterbildung zu überbrücken. Dennoch dürften sich diese zweifellos vorhandenen besseren Voraussetzungen nur dann in bessere Beschäftigungsaussichten ummünzen lassen, wenn berufliche Fort- und Weiterbildung während des gesamten späteren Berufslebens auch tatsächlich stattfindet.

Zumindest mit Blick auf organisierte Qualifizierungsangebote bestehen jedoch schon angesichts der derzeitigen Praxis Zweifel. Sowohl im Bereich der betrieblichen wie der öffentlichen Fort- und Weiterbildung (vorwiegend im AFG-Bereich) gibt es mit dem Alter deutlich sinkende Beteiligungsquoten. Dabei gilt bereits das 45. Lebensjahr als kritische Schwelle; wenn Ältere beteiligt sind, dann zumeist lediglich im Bereich der (engen) Anpassungsqualifizierung. Speziell im AFG-Bereich ist zusätzlich noch auf das Förderkriterium „arbeitsmarktpolitische Zweckmäßigkeit“ (gemäß § 36 Abs. 3 AFG) hinzuweisen, das der staatlich geförderten Weiterbildung älterer Beschäftigter unter gegenwärtigen Arbeitsmarktbedingungen per se Grenzen setzt (Alt/Dinter, 1993; Severing, 1993).

5.2.3.2 Unfreiwillige Frühverrentungen und vorzeitige berufliche Entpflichtungen als bleibende individuelle und kollektive Herausforderung

Es ist (in Übereinstimmung mit den Ausführungen im Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“) davon auszugehen, daß Frühverrentungen und Langzeitarbeitslosigkeit Älterer zumindest bis 2010 an der Tagesordnung bleiben werden. Verschlechterungen in den Lebenslagen künftiger Betroffenengruppen mit Wirkungsbeginn der durch die Rentenreform '92 beschlossenen versicherungstechnischen Abschlüsse sind zu befürchten.

Frührentner sind seit vielen Jahren — beginnend Mitte der 70er Jahre in der Bundesrepublik — häufig gegen ihren Willen „freigesetzt“ worden. Besonderer Handlungsbedarf besteht heute in den neuen Bundesländern, wo Frühverrentungen, vorzeitige Freisetzungen und Langzeitarbeitslosigkeit vorher weitgehend unbekannt waren, in keiner Weise zur Normalitätserwartung der Arbeitnehmer zählten und in zahlreichen Fällen zu erheblichen Einschränkungen in den

Lebenslagen der Betroffenen inkl. ihrer Familien geführt haben.

Abgesehen von den problematischen sozialen wie individuellen Folgen unfreiwilliger Frühverrentung und Langzeitarbeitslosigkeit, auf die u. a. Bäcker/Naegele hinweisen, und die in der Forschung mittlerweile breit beschrieben worden sind, ist seitens der Gerontologie darauf zu verweisen, daß die fortgesetzte und immer frühere Freisetzung des Alters zunehmend in Widerspruch zum geänderten Lebens(zeit)verlauf gerät. Dieser Zusammenhang wird deutlich, wenn man bei der Analyse demographischer Veränderung das Augenmerk nicht allein auf die anhaltend niedrige Geburtenquote lenkt. Gleichermaßen von Bedeutung ist der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung auch noch im fortgeschrittenen Alter (vgl. Kapitel 7 „Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung“). Das Leben im „Ruhestand“ dürfte heute nahezu die Hälfte des Lebens in der Erwerbsphase ausmachen, und die in der Erwerbsphase verbrachte Zeit dürfte schon deutlich unter der insgesamt erwerbsfrei verbrachten Zeit liegen (Bäcker/Naegele, 1992, 1993).

Für diese zeitlich stark ausgeweitete nachberufliche Lebensphase fehlt es bislang weitgehend an gesellschaftlich breit anerkannten Modellen der individuell befriedigenden wie zugleich gesellschaftlich sinnvollen und produktiven Nutzung des Alters jenseits der Erwerbsarbeit. Derartige Modelle existieren insbesondere nicht für diejenigen, die im Gefolge des beschriebenen beruflichen Freisetzungstrends ernsthafte Gefährdungen in ihren Lebenslagen hinnehmen müssen und mußten. Dies gilt erst recht für die neuen Bundesländer. Durch die unfreiwillig vorzeitig Freigesetzten müssen Konzepte des „Aktiven Alterns“ als unrealistisch, wenn nicht gar als Probleme verneinend und verschleiern eingestuft werden.

In Deutschland — ebenso wie in nahezu allen Staaten mit hoher Frühverrentung — bemühen sich seit Jahren Experten aus der Gerontologie und/oder dem Bildungs-, Freizeit-, Pädagogik- und übrigen sozialen Sektor um geeignete Angebote zum Ausfüllen des „gesellschaftlichen Nutzlosigkeitspotentials“, das in der bisherigen Geschichte noch nie so groß war. Die bisher gefundenen Angebote erreichen nur verschwindend geringe Prozentsätze der Betroffenen und dabei mehrheitlich solche mit ohnehin schon vergleichsweise hohem sozio-ökonomischen Status und/oder Bildungsgrad, die solcher professioneller Hilfen vermutlich am wenigsten bedürfen. Zu befürchten ist, daß sich für große Gruppen von Betroffenen die Schere zwischen potentieller und tatsächlich praktizierter gesellschaftlicher Nützlichkeit immer weiter öffnet; dies auch angesichts der bereits angekündigten weiteren Freisetzungswellen des Alters z. B. bei Bahn, Post oder im Bergbau.

Politikansätze müssen schwerpunktmäßig in der Prävention gesucht werden. Hierzu zählen die Maßnahmen, die auf die Förderung der Wettbewerbsfähigkeit älterer Noch-Beschäftigter und auf ihre Beschäftigungssicherung abzielen. Zu verweisen ist (siehe Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“) auf die im Zusammenhang mit der künftigen Bewältigung der Herausforderungen des demographischen Wandels

vorgestellten Konzepte, die auch für den hier behandelten Politiksektor sinnhaft sind. Darüber hinaus sind stärkere und vor allem flexiblere („intelligenter“) Bemühungen zur Wiedereingliederung älterer Langzeitarbeitsloser und zur Vermeidung der weiteren Verfestigung von Langzeitarbeitslosigkeit insgesamt notwendig. Geeignete Instrumente (z. B. im AFG, Beschäftigungsförderungsgesellschaften) sind zu schaffen bzw. weiterzuentwickeln und potentielle Mittel dafür nicht etwa zu kürzen. Perspektiven sind insbesondere in der Verknüpfung solcher Konzepte mit Projekten regionaler Beschäftigungsförderung und Infrastrukturpolitik gegeben.

5.2.3.3 Die Beteiligung Älterer in der Politik und die Forderungen nach Seniorenbeiräten bzw. nach Interessenvertretung durch Dritte

In Wissenschaft wie Praxis ist die unzureichende Vertretung der Interessen Älterer durch Politik vielfach kritisiert worden (zuletzt wieder Alber, 1994). Von Tews wurde eine Differenzierung nach tatsächlich praktizierter i. S. von formalisierter politischer Partizipation und Interessenvertretung (z. B. in Parteien, Parlamenten, Seniorenbeiräten, Verbänden etc.) einerseits und latenter politischer Altenmacht andererseits gefordert, um den politischen Einfluß des Alters angemessen zu würdigen (Tews, 1994). An dieser Stelle kann es genügen, sich auf die formalisierte politische Mitwirkung und Interessenvertretung im Rahmen der bestehenden politischen Mitwirkungsmöglichkeiten zu konzentrieren. Eine Trennung in eine lokale, örtliche Ebene sowie in eine überörtliche Ebene (hierzu Evers et al., 1993) ist auch bei diesem Vorgehen vorzunehmen. Die nachfolgenden Erörterungen konzentrieren sich — einschränkend — auf die kommunale Ebene.

Die Forderung nach stärkerer politischer Beteiligung Älterer hat insbesondere auf kommunaler Ebene Bedeutung erlangt, zumeist vor dem Hintergrund einer klaren Unterrepräsentanz der Älteren und dabei insbesondere der älteren Alten in den eigentlich entscheidungsbefugten politischen Gremien. Diese Unterrepräsentanz ist aber nur teilweise Ausdruck von mit dem Alter rückläufigem Interesse, sinkender Bereitschaft zum Engagement und objektiv geringeren Möglichkeiten, den vielfältigen, mit Blick auf Ältere vor allem zeitlichen wie gesundheitlichen Anforderungen des kommunalpolitischen Alltagsgeschäfts zu genügen. Die objektiv rückläufige Beteiligung der Älteren in den lokalen Vorständen, Parlamenten und Ausschüssen ist ebenfalls Ausdruck vorgelagerter Selektionsprozesse, nämlich bei der Aufstellung und Auswahl der Kandidatinnen und Kandidaten.

Es gilt zu beachten, daß solche Selektionsprozesse nicht nur ältere Menschen betreffen. Zu erinnern ist an die ebenfalls eklatante Unterrepräsentanz von Frauen oder von Jüngeren. Vor allem Kommunalpolitik ist bisher die Domäne von Männern der mittleren Generation. Auch wenn dazu bundesweit verlässliches Datenmaterial nicht zur Verfügung steht, scheint es doch insgesamt berechtigt, die mit Blick auf Ältere schon seit längerem formulierte These, die Forderung

nach kommunalen Seniorenbeiräten sei als Ausdruck einer Bankrotterklärung der Kommunalpolitik zu interpretieren, im Grundsatz auf weitere gesellschaftlich nicht dominante Gruppen auszudehnen.

Das Modell der kommunalen Seniorenbeiräte und -vertretungen ist ein bislang zu wenig überzeugendes. Daran ändern auch landes- oder bundesweite Zusammenschlüsse nichts. Im Grundsatz stehen sie, solange sie existieren, in der Kritik. Allerdings wird meist übersehen, daß sich die Kritik nicht gegen die in ihnen tätigen Älteren richtet als vielmehr gegen die Institution selbst. Damit sind vor allem gemeint: Die Begründungen für ihre Einführung, die Art des Auswahlverfahrens ihrer Mitglieder, damit ihre personelle Zusammensetzung sowie mögliche Interessenkollisionen (u. a. Überrepräsentanz ehemaliger örtlicher Funktions- und Mandatsträger, Überrepräsentanz von Trägervertretern, Unterrepräsentanz der eigentlichen Problemgruppen). Insgesamt zielt diese Kritik somit gegen ihre Legitimation, für die Älteren sprechen zu können. Nicht zuletzt richtet sich die Kritik auch gegen die meist unzureichende offizielle Unterstützung sowie gegen ihre faktische Abhängigkeit von finanziellen und organisatorischen Vorgaben usw. Davon losgelöst bleibt die Frage, warum gerade die Älteren — bei vorhandenem Wahlrecht — ein eigenständiges politisches Vertretungsgremium haben sollten, andere Gruppen aber nicht (z. B. Kinder, Frauen, Ausländer, Behinderte).

Insgesamt bestehen — nicht zuletzt durch die Forschung bestätigte — Zweifel an einer weiteren mit gemeinten Begründung für Seniorenbeiräte, die besagt, daß die Angehörigen einer Altersgruppe zugleich auch immer selbst ihre eigenen Belange kompetent und besser vertreten könnten. Diese Zweifel gelten für alle Altersgruppen gleichermaßen und sind insofern nicht als Kritik an einer unzureichend ausgebildeten politischen Kompetenz Älterer zu interpretieren. Mindestens ebenso effektiv kann die Interessenvertretung Älterer durch jüngere Politikerinnen und Politiker sein. Dafür gibt es übrigens sehr viel mehr Belege als für die erst genannte Annahme. Bislang jedenfalls fehlt der Nachweis, daß wichtige Themen mit Relevanz für Ältere nur deswegen von der Politik aufgegriffen und bearbeitet worden wären, weil dies von betroffenen Älteren so gewollt war.

Zweifel an der Absolutheit der Forderung, die beste politische Vertretung der Interessen Älterer sei die durch die Betroffenen selbst, erscheinen also angebracht. Es gibt ebensowenig die Interessen der Älteren wie es die Älteren gibt. Mindestens ebenso effektiv, wenn nicht sogar effektiver, kann die Interessenvertretung durch Dritte, durch Fachleute, z. B. aus den sozialen Berufen, der Wissenschaft etc. sein, die übrigens auch eher die Gewähr dafür bieten könnten, daß die Belange derjenigen Gruppen unter den Älteren wirksam vertreten werden, die zu eigener Interessenvertretung nicht (mehr) in der Lage sind (z. B. „verschämte“ Arme, gerontopsychiatrisch Veränderte, Schwerpflegebedürftige, Hochaltrige). Deren Interessen durch solche „Betroffene“ vertreten lassen zu wollen, die von diesen Interessen (da außerhalb ihrer eigenen Lebenswelt angesiedelt) weitge-

hend nicht berührt sind, kann keine ernsthafte Forderung sein.

Nicht zuletzt bedarf es zur fachlichen Interessenvertretung vor allem im politisch-parlamentarischen Raum solcher (häufig Spezial-) Kenntnisse, über die viele Ältere nicht verfügen (können). Zu verweisen ist auf die weitgehend unter (älteren wie jüngeren) Fachleuten geführte Diskussion um Qualitätsstandards in der Pflege, die keineswegs aus der Eigenbetroffenheit herrührte. Diese Einschätzung gilt übrigens für alle Altersgruppen gleichermaßen und betrifft nicht die spezifische Vertretung der Interessen Älterer. Auch in der Jugendpolitik vergewissert man sich in aller Regel des politischen und fachlichen Sachverständes Nicht-Jugendlicher, ohne dies zugleich durch die Unterstellung eines unzureichenden Vertrauens in die Kompetenz der Jugend zu kritisieren.

Um es noch einmal zu betonen und um der Gefahr zu entgehen, mißverstanden zu werden: Es geht nicht um eine pauschale Kritik an denjenigen, die in den Seniorenbeiräten tätig sind und dort oft engagiert mitarbeiten bzw. versuchen, vor Ort etwas umzusetzen. Es geht auch nicht darum, Seniorenbeiräte schlichtweg durch Fachleute zu ersetzen. Dennoch muß Kritik an den nichtstimmigen institutionellen Rahmenbedingungen möglich sein: Welcher Seniorenbeirat ist schon wirklich faktisch weisungsbunden? Welche der vielen Seniorenbeiräte sind nicht direkt oder indirekt eingebunden in die etablierten kommunalen Träger-, Anbieter- und Politikstrukturen, gegen die sich ja eigentlich ein Großteil ihrer Aktivitäten richten müßte, würden Seniorenbeiräte den Auftrag der Interessenvertretung ernst nehmen? Allenfalls die freigewählten Beiräte könnten dies für sich reklamieren und davon gibt es bundesweit bisher nur sehr wenige.

Dennoch: Seniorenbeiräte existieren und keiner beabsichtigt ihre Abschaffung. Die Frage, ob aber örtliche Seniorenbeiräte ein wirklich zukunftsweisendes Modell sind, d. h. ob man empfehlen sollte, künftig sogar noch mehr Seniorenbeiräte einzurichten, muß mit anderen Begründungen beantwortet werden als lediglich mit Hinweisen auf Betroffenkompetenz, den demographischen Wandel oder die Unterrepräsentanz der Älteren in den Vorständen, Parlamenten und Ausschüssen.

Aus sehr viel grundsätzlicheren Erwägungen heraus ist es zum jetzigen Zeitpunkt nicht richtig, in der Einrichtung von weiteren Seniorenbeiräten einen zukunftsweisenden Weg zur Verbesserung der politischen Interessenvertretung Älterer zu sehen. Völlig losgelöst vom Modell der Seniorenbeiräte geht es auf dem Hintergrund allgemeiner Politik(er)verdrossenheit, von Unterrepräsentanz ganzer Gruppen der Bevölkerung (und nicht nur der Älteren) in den entscheidungsbefugten Gremien sowie der — in diesem Zusammenhang — insgesamt unzureichenden Interessenvertretung bestimmter Bevölkerungsgruppen durch etablierte Politik, um das sehr viel generellere Problem von allgemeinen Defiziten in der politischen Interessenvertretung vor Ort.

Zu suchen sind daher auch generelle Lösungen und keine auf eine bestimmte Altersgruppe beschränkten.

Diese sollten sich insgesamt auf ein Mehr an Vertretung und Berücksichtigung der Interessen aller gesellschaftlicher Gruppen und damit auch der Älteren in der Praxis der politischen Selbstverwaltung vor Ort beziehen. Dazu benötigt man keine Änderung der Gemeindeordnungen im Sinne der Zuweisung eines Sonderstatus für einzelne Gruppen, wie verschiedentlich gefordert. Ein Sonderstatus wäre allenfalls für Personen ohne kommunales Wahlrecht, also für Ausländer, angebracht. Gefordert sind vor allem die etablierte Politik und namentlich die politischen Parteien selbst, und zwar bei der Berücksichtigung Älterer im Zusammenhang mit der Aufstellung ihrer Mandatsträger, der Besetzung von Vorständen, Listenplätzen etc. Allerdings ist hierbei vor Quotierungen nach dem Muster der Frauenquoten zu warnen. Sie sind schon allein deshalb doppelwertig, weil sie eine auch von den Älteren selbst nicht gewünschte Sonderstellung begründen würden. Zum anderen sollten die in den Gemeindeordnungen bereits bestehenden Chancen besser ausgelotet werden. Was spricht z. B. gegen die Einrichtung eines eigenständigen kommunalen „Ratsausschusses für älter werdende Menschen“, wie ihn einige Kommunen bereits vorsehen, in dem dann — neben anderen, Fachleuten wie Betroffenen oder deren Vertretern — auch Seniorenbeiratsmitglieder als „sachkundige Bürger“ ihren Platz hätten. Wäre damit der letztlich auch von den Verfechtern der Seniorenbeiratsidee angestrebten Gleichrangigkeit der Anliegen älterer Bürger in einer Kommune nicht am eindeutigsten entsprochen?

5.2.3.4 Potentiale, Kompetenzen und Produktivität — neue Überlegungen zum Umgang mit Niveauerhöhungen und wachsenden Funktionsverlusten

Insbesondere auch von den Vertretern des Konzepts eines „aktiven Älterwerdens“ wird auf vorhandene, aber nicht ausgeschöpfte und brachliegende, da nicht genutzte und nicht nachgefragte Kompetenzen und Potentiale Älterer hingewiesen. Diese Argumentation beruft sich dabei häufig auf sog. Kohorten- bzw. Niveaueffekte („neue Alte“) (Naegele/Tews, 1993). Die Forderung nach Ausweitung der gesellschaftlichen Partizipation Älterer steht darüber hinaus auch in einem engen Zusammenhang mit dem auf absehbare Zeit auch weiter steigenden nicht genutzten Potential Älterer im Zuge von Frühverrentung und beruflicher Entpflichtung. Diese Argumentation folgt dabei insgesamt dem positiven Altersleitbild vom „aktiven“ bzw. „produktiven“ Alter, dessen „Erfahrung es zu nutzen“ gelte.

Daß dennoch die angebotenen „Produktivitätsmöglichkeiten“ nur gering genutzt werden, bedarf näherer Analysen. Zu vermuten ist, daß sich darin zunächst die simple Tatsache widerspiegelt, daß viele der angebotenen Beteiligungs- und Betätigungsformen an der tatsächlichen Lebenswelt der Älteren vorbeiziele. Dies gilt vor allem bezogen auf viele Frauen dieser Generation. Ebenfalls wird häufig übersehen, daß ein Großteil der älteren Menschen bereits im hohen Maße in den sog. kleinen und/oder informellen sozialen Netzwerken engagiert ist und daß schon von

daher wenig Freiraum für darüber hinausgehendes soziales Engagement besteht. Man denke nur an die zahlreichen innerfamiliären Verpflichtungen vor allem der jüngeren Älteren, z. B. im Kontext der Unterstützung und Pflege hilfe- und pflegebedürftiger (Ehe-)Partner oder Eltern. Speziell hier sind insbesondere Frauen in hohem Maße eingebunden.

Trotz dieser zweifellos vorhandenen vielfältigen Verpflichtungen vieler älterer Menschen vor allem im Bereich der Familie und ihr nahekommender kleiner sozialer Netze gibt es zunehmend Kritik, z. T. durchaus auf einer moralisierenden Ebene und nicht unbedingt wissenschaftlich begründet, an der wachsenden gesellschaftlichen Entpflichtung des Alters im Zuge der zeitlichen Ausdehnung der Altersphase bei gleichzeitiger Zunahme öffentlicher Belastungen durch das Alter selbst. Daran knüpft auch eine neuere gerontologische Argumentation von Tews an, die u. a. in einer sehr viel stärkeren Beteiligung Älterer am öffentlichen Leben eine längst überfällige und notwendige Antwort der Älteren selbst darauf zu erkennen glaubt (Tews, 1994). Sie erwuchs daneben aus der Kritik an der Zunahme individualisierend-egoistischer und (nicht zuletzt durch Politik geförderter) entsolidarisierender Tendenzen in der Bevölkerung. Als Konsequenz daraus werden Möglichkeiten gefordert, älteren Menschen gesellschaftlich als wichtig anerkannte Funktionen zu übertragen.

Insgesamt steht diese Überlegung in der Tradition der gerontologischen Austauschtheorie, nach der es — stark verkürzt — ein gleichgewichtiges Verhältnis von Geben und Nehmen über den gesamten Lebenslauf hinweg, das Alter eingeschlossen, geben sollte, um gesellschaftliche und soziale Anerkennung wie individuelle Zufriedenheit zu erlangen. Sie sieht darin nicht zuletzt einen Beitrag der Älteren selbst zum Ausgleich der zunehmenden gesellschaftlichen Belastung durch das Alter, z. B. im Bereich der Sozialhaushalte.

Tews äußert sich hierzu wie folgt: „Die entpflichtete Altersphase wird . . . zeitlich ausgedehnt, und insgesamt haben wir eine weitere Zunahme entpflichteter Alterszeit zu erwarten. Gleichzeitig ist eine Scherentwicklung festzustellen: Sehen wir die Zunahme der Altersentpflichtungen als Entlastung des Alters an — man hat mit zunehmendem Lebensalter mehr freie Zeit, muß aber nur noch für sich sorgen, hat häufig Langeweile, — so stehen diesen Entlastungen zunehmende gesellschaftliche Belastungen durch Alter gegenüber — dies auf unterschiedlichen Ebenen. Dies muß Konsequenzen für die Politik haben“ (Tews, 1994).

Weiter meint Tews, daß daher — so in der Konsequenz der Argumentation — eine auf das Alter bezogene symmetrischere Politik gefordert sei, die eine stärkere Selbstorganisation einschließen müsse. Es ginge somit um eine Politik des Ausgleichs, unter aktiverer Beteiligung der Älteren selbst — möglichst sogar von diesen ausgehend (Tews, 1994). Das Kompetenzplädoyer hätte einen eigenständigen und nicht von außen aufgesetzten Stellenwert.

Daß dieses neue, auf Gegenseitigkeit gerichtete Verpflichtungsd Denken dabei auf den Widerstand vieler

Älterer selbst stoßen dürfte, könnte u. a. mit einem verbreiteten Anspruchs- und Verdienstdenken (nach den bekannten Mustern: „Habe lange genug gearbeitet“ und „den Ruhestand habe ich mir wohl verdient“) zusammenhängen. Die Frage nach der Legitimation einer solchen Position sollte damit aber nicht verboten sein. Auch wenn Umfrageergebnisse verdeutlichen, daß die Bereitschaft zur Übernahme von verpflichtenden sozialen Aufgaben bei den Älteren gering ist, schon gar nicht in den sog. „harten“ sozialen Arbeitsfeldern und/oder gegenüber Fremden der eigenen Altersgruppe, so sollte dies kein Grund sein, nicht wenigstens zu versuchen, Chancen auszuloten. Auch ist nicht zu verkennen, daß entsprechende Widerstände häufig erst auf dem Hintergrund der Motive, vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuschneiden, erwachsen: Die vorzeitige Berufsaufgabe wird ja gerade explizit als „Befreiung“ angestrebt und später dann auch als solche empfunden. Warum sollten die Betroffenen danach gleich wieder neue Verpflichtungen übernehmen; und dann womöglich auch noch un- bzw. unterbezahlt? Aus der Perspektive der Arbeitswelt jedenfalls verkommt die Formel „Das Erfahrungswissen und -potential der Älteren nutzen“ zu einer weithin inhaltsleeren, da realitätsfernen Formel.

Darüber hinaus zeigt auch der gesamtgesellschaftlich voranschreitende Individualisierungstrend deutliche Grenzen auf. Die mit sehr wenigen Prozentpunkten extrem geringe Beteiligung Älterer an Bürgerinitiativen und Altenselbsthilfegruppen ist bekannt. Vielen Älteren gelingt nicht die Auflösung des Widerspruchs, im Erwerbsarbeitssektor schon sehr früh nicht mehr gebraucht zu werden, dafür aber im privat-sozialen Sektor und dort möglichst unentgeltlich.

Fragt man nach konkreten Inhalten und Handlungsmöglichkeiten, auf die sich die Verpflichtungs-Debatte praktisch richten könnte, so wird nicht nur Entwicklungsbedarf, sondern auch weiterer Klärungs- und Begründungsbedarf deutlich. Entwicklungsbedarf drückt sich z. B. in folgenden Fragen aus: Welche praxis- und anwendungsbezogenen Antworten können wir wirklich geben? Mit welchen Projekten schafft man es zudem, nicht nur für Dritte, sondern auch noch für sich selbst zu handeln? Denn es geht ja auch um die individuelle, subjektive Zufriedenheit. Begründungsbedarf wird z. B. in folgender Frage deutlich: Was bedeutet eigentlich diese Forderung für viele ältere Frauen, zumal für jene unter ihnen, die sich nunmehr „(wieder)verpflichten“ sollen, dies jedoch zeitlebens im Rahmen innerfamiliärer Arbeit zur Genüge getan haben?

Die einfachste und klarste Reaktion auf die sich stetig weitende Produktivitätsschere wäre zweifellos die berufliche Verpflichtung des Alters, d. h. die Verpflichtung der Arbeitswelt, ältere Arbeitnehmer so lange zu beschäftigen, wie diese es wünschen. Dies erscheint aber kurz- und mittelfristig eher unrealistisch (siehe dazu die Ausführungen im Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“).

Mit einiger Berechtigung zu vermuten ist, daß es nicht der Bereich der „harten Hilfen für fremde (d. h. nicht verwandte) Alte“ sein wird, so attraktiv die Formel von den Alten, die andere Alte pflegen, auch ist.

Dennoch verdienen die Möglichkeiten und Chancen der intragenerativen Hilfen gebührende Aufmerksamkeit. Auch in der Altenselbsthilfe wie in der öffentlichen und finanziellen Förderung darauf bezogener „Projekte“ gibt es noch erhebliche Entwicklungsmöglichkeiten. Biographische Anknüpfungspunkte wären auszuloten und in Modellen zu testen. Für älter werdende Ausländer besteht ein besonderer Entwicklungsbedarf in diesem Bereich, vor allem mit Blick auf die hohe Zahl alleinstehender Männer unter ihnen. Konkrete Bezugspunkte für solche Modelle der Altenselbsthilfe wären insbesondere die Bereiche Wohnen, Bildung, Gesundheit, Kultur, Kommunikation und gegenseitige Unterstützung im Rahmen von wohnquartierbezogenen Projekten. Allerdings kann nicht übersehen werden, daß bereits eine Vielzahl existiert (Dettbarn-Reggentin/Reggentin, 1993). Sie sind im Gegensatz zu den sog. großen, spektakulären „Produktivitätsprojekten“ sehr viel weniger an die Öffentlichkeit gelangt und damit auch weniger der öffentlichen Förderung zugänglich geworden. Dies wirft zugleich die Frage nach der öffentlichen Subventionspraxis von Selbsthilfeprojekten auf.

Für die meisten Projekte dürfte als Erfolgsrezept gelten, daß sie für den örtlichen Wohnbereich entwickelt werden müssen und dabei — entsprechend dem Teilhabe-Konzept — an der eigenen Lebenswelt anknüpfen. Des weiteren dürfte gelten, daß sie — wie viele Selbsthilfe-Initiativen im sozialen Sektor auch — der professionellen Stützung inkl. finanzieller Absicherung bedürfen. Die hierzu zugänglichen Erfahrungen mit den Seniorengenossenschaften aus Baden-Württemberg verdeutlichen, daß es zu den Voraussetzungen für Erfolg gehört, möglichst an bereits bestehende formale Strukturen eines öffentlichen oder frei-gemeinnützigen Trägers angebunden zu sein oder auf bereits bestehenden infrastrukturellen Ansätzen aufbauen zu können. Dennoch liegen genau darin wiederum auch Risiken für kleinere selbstorganisierte und/oder kreative Projekte. Für sie ist, speziell in der Anfangs- und Gründungsphase, die Anbindung an schon bestehende Trägerstrukturen oder deren Dominanz vermutlich eher schädlich als nützlich, eher lähmend als fördernd.

Insgesamt liegt in der Förderung solcher, auf intragenerativer Solidarität zielende Teilhabe-Projekte, eine wichtige Zukunftsherausforderung für die praktische Sozialpolitik und Sozialarbeit vor Ort. Angesprochen ist dabei ebenfalls die praktische Bildungspolitik und -arbeit. Denn auf seiten der hier professionell Tätigen sind neue und andere Qualifikationen erforderlich, die es in der Regel erst noch zu erwerben bzw. mit Blick auf die Ausbildungsstätten und -träger erst noch zu vermitteln gilt.

Ein besonderer Entwicklungsbedarf besteht hinsichtlich der Förderung von intergenerativer Solidarität („Alte helfen Jungen“). Brachliegende Potentiale liegen im Sektor der personenbezogenen Dienstleistungen für Nicht-Alte, vor allem mit Blick auf die sog. „weichen“ sozialen Bedarfslagen, wie z. B. Kinderbetreuung bei berufstätigen Eltern/Alleinerziehenden („Leih-Oma“). Das Feld der verschiedenen beratenden, unterrichtenden, organisierenden und reparierenden Funktionen und Tätigkeiten ist ebenfalls

relevant. Skarpelis-Sperk sieht hier bislang noch nicht genutzte Chancen für privat-, genossen- oder gemeinschaftlich organisierte Angebote liegen, die nur z. T. öffentlich subventioniert oder anlaufsubventioniert werden, in jedem Falle aber rechtlich abgesichert sein müßten, um neue Formen ungeschützter Beschäftigungsverhältnisse zu vermeiden (Skarpelis-Sperk, 1992).

Solche Formen der „Altdienstleistungen“ gegenüber der aktiven Bevölkerung, insbesondere wenn sie familienorientiert sind oder der besseren Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Erziehungsarbeit dienen — Feldern, in denen ohnehin ein erhebliches Angebotsdefizit festzustellen ist —, würden insgesamt auch zur Verbesserung des Verhältnisses der Generationen zueinander führen. Sie könnten somit als Beitrag zur faktischen Entlastung derjenigen Generationen angesehen werden, die die Aufwendungen für die Politik des Alters hauptsächlich tragen.

Zukunftsperspektiven können das sich möglicherweise zuspitzende Problem einer ausgewogenen und akzeptierten Verteilung von Chancen und Belastungen zwischen den Generationen nicht außer acht lassen. Diese beziehen nicht nur materielle Güter und Dienstleistungen mit ein, sondern auch Einflußmöglichkeiten und Einflußsphären. Ein zukünftig deutlich stärkeres Gewicht älterer Menschen als Bevölkerungsgruppe in dem Verteilungs- und Umverteilungsprozeß wird die Zustimmung Jüngerer nur begrenzt finden. Problemaspekte mögen sein die Substitution von Arbeitsplätzen durch ehrenamtliches Engagement (bzw. in Umkehrung die Schaffung von Arbeitsplätzen zur Erbringung bisher unentgeltlicher, informeller Dienstleistungen), die Beanspruchung öffentlich finanzierter Infrastruktur (und damit die Konkurrenz um Investitionsmittel) sowie nicht zuletzt die Einflußnahme auf die Politikgestaltung (käme es zu einer Aufhebung der bisherigen relativen Vernachlässigung der alten Bevölkerung als Zielgruppe der Politik). Die US-amerikanische Diskussion um die Gleichbehandlung und Chancengleichheit der Generationen (generational equity) hat zum Hintergrund wohlfahrtsstaatliche Maßnahmen zugunsten älterer Menschen unter Vernachlässigung der Bevölkerungsmehrheit, während das Soziale Sicherungssystem der Bundesrepublik um die Interessen und Bedürfnisse der Erwerbstätigen konstruiert ist, obwohl ältere Menschen von ihm in hohem Maße profitieren. Diese Unterschiede verbieten eine schlichte Rezeption der US-amerikanischen Diskussion. Dennoch gilt es zu beachten, daß auch Aktivitätspotentiale in unserer Gesellschaft zwischen den Generationen verteilt werden und es hier daher den Interessenausgleich zu bedenken gilt.

5.3 Anforderungen an die Politik

5.3.1 Handlungsbedarf

Der politische Handlungsbedarf in bezug auf Kompetenzerhaltung, Aktivierung und gesellschaftliche Beteiligung Älterer in Gegenwart und Zukunft wurde in

mehreren Resolutionen der Vereinten Nationen, des Europarates und im Bundesaltenplan umschrieben.

Die Vollversammlung der Vereinten Nationen beschloß am 16. 9. 1991 in Ausführung des Internationalen Aktionsplanes für Altersfragen aus dem Jahr 1982 bestimmte Prinzipien einer Altenpolitik, die sich u. a. auf jenes der aktiven Beteiligung Älterer an der Gesellschaft beziehen:

„Older persons should remain integrated in society, participate actively in the formulation and implementation of policies that directly affect their well-being and share their knowledge and skills with younger generations“ (Dieck et al., 1993, Vol. 2, S. 531).

Der Europarat also schon 1967 und 1969 empfahl, alle Maßnahmen zu ergreifen, um der großen Zahl aktiver und kompetenter älterer Menschen in der Arbeitswelt und in der Gesellschaft gerecht zu werden (Dieck et al., 1993, Vol. 1, S. 129f.). Am 23. 11. 1993 hat der Rat für Arbeit und Sozialfragen der Europäischen Union eine „Erklärung betreffend die älteren Menschen“ verabschiedet, in der gefordert wird, „daß die älteren Menschen in der Gesellschaft aktiv bleiben“ und alle Maßnahmen zu ergreifen, um „die volle Einbeziehung der älteren Menschen in das gesellschaftliche Leben zu ermöglichen“.

Diese Prinzipien wurden auch in den Bundesaltenplan aufgenommen, der in seiner Einleitung ausdrücklich die Kompetenz und die aktive Teilhabe älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben betont.

Der konkrete Handlungsbedarf, der sich aus diesen Zielsetzungen ergibt, erstreckt sich nicht nur auf eine isolierte Altenpolitik, sondern, der Analyse der Istlage entsprechend, auf so verschiedene Bereiche wie Bildungspolitik, Gesundheitsförderung, Sozialpolitik und politische Mitwirkung, Mobilität usw. Eine Differenzierung nach Geschlechtszugehörigkeit ist in allen diesen Politikbereichen vorzunehmen.

5.3.1.1 Zur Bildungspolitik

Aus den aufgewiesenen Zusammenhängen zwischen der Art der Schulbildung und der Erhaltung geistiger Kompetenz im Alter ist die Förderung eines Besuchs weiterführender Schulen oder die Verbesserung und Erweiterung der sich an die Hauptschule anschließenden Berufsbildung erforderlich. Die Förderung des Besuchs weiterführender Schulen muß sich nicht allein auf die Mehrung der Zahl von Gymnasiastinnen und Gymnasiasten sowie Studentinnen und Studenten erstrecken, sie sollte auch andere Formen der Weiterbildung einbeziehen.

Spezielle Programme für eine Erziehung zum richtigen Altern sind im Rahmen der Schule wenig sinnvoll. Wichtig ist die Vermittlung des Wissens und der Fähigkeiten, die für den künftigen Beruf gebraucht werden und damit der Kompetenzen, die auch für das höhere Erwachsenenalter von Bedeutung sind. Wichtig ist auch die Vermittlung eines adäquaten Altersbildes in Fächern wie Geschichte, Sozialwissenschaft oder Literatur- und Musikgeschichte, aber auch in anderen schulischen Fächern. Dieses Bild vom Alter

sollte die Kompetenzen der überwiegenden Mehrheit älterer Menschen unterstreichen. Darüber hinaus sollten alle nicht-schulischen Einrichtungen der Bildung — wie die Medien — versuchen, aktives Altern als normales Altern darzustellen. Entsprechende Bemühungen setzen eine angemessene Information sowohl von Lehrkräften in Schulen wie von Journalisten, die sich mit dem Thema Altern befassen, voraus.

In Anbetracht der wachsenden Bedeutung einer lebenslangen Bildung für das individuelle und gesellschaftliche Überleben in einer sich ständig verändernden Welt sollten gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die lebenslanges Lernen unterstützen. Dabei sollten vermehrt zielgruppenspezifische Bildungsangebote für Erwachsene geschaffen werden. Besondere Berücksichtigung sollte dabei die anteilmäßig ansteigende Bevölkerungsgruppe der endgültig aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen erfahren, da bei ihnen die für Erwachsene wichtige — wenn nicht sogar wichtigste — Weiterbildungsmöglichkeit — das Lernen im Prozeß der Arbeit — meist nicht mehr gegeben ist. Das bedeutet jedoch nicht, „Mehr vom Üblichen und Selben“. Stattdessen sollten die Rahmenbedingungen so ausgelegt werden, daß sie lebensweltbezogenes, selbstbestimmtes, selbstorganisiertes und selbstkontrolliertes lebenslanges Lernen anstoßen und fördern.

In Anlehnung an Dahrendorfs „Bildung ist Bürgerrecht“ aus dem Jahre 1965, mit dem die „Bildungsexpansion“ mit ausgelöst wurde, könnten die bildungsrechtlichen Vorgaben für eine aktive Bildungspolitik für die zweite Lebenshälfte wie folgt lauten:

- Jeder Bürger hat das Recht auf eine Grundbildung, die ihn zur Mitsprache, Mitgestaltung und Mitverantwortung in Staat, Gesellschaft, Beruf und Ehrenamt befähigt.
- Jeder Bürger hat ein Recht auf eine seiner Leistung entsprechende lebenslange Bildung.
- Staatliche und private Einrichtungen haben sicherzustellen, daß diese Rechte ausgeübt werden können.

Auch wenn die gegenwärtige Nutzung von Möglichkeiten der Bildung im Alter noch unbefriedigend sein mag, sollte sie auch für die derzeitigen und künftigen Altersgenerationen weiter gefördert und in ihrer Qualität weiter entwickelt werden.

Zur Verbesserung der Chancen älterer Arbeitnehmer sollten die Möglichkeiten einer Zulassung an Weiterbildungsmaßnahmen nicht zu stark an Altersgrenzen gebunden, sondern von den individuellen Möglichkeiten abhängig gemacht werden (vgl. Straka et al., 1993).

Die verschiedenen Ansätze zu einer Vorbereitung auf das Alter innerhalb und außerhalb der Betriebe sollten nach einer Bestandsaufnahme über die bisherigen Erfahrungen auf möglichst fundierter Basis fortgesetzt und so gestaltet werden, daß sie auch für Arbeiterinnen und Arbeiter attraktiv werden.

5.3.1.2 Zur Altenarbeit

Zur Förderung von Kompetenz und Aktivität im Alter sollten Maßnahmen zur Förderung der Kontaktfindung und -pflege im Rahmen der offenen Altenhilfe trotz der finanziellen Engpässe der Kommunen weiter gefördert werden. Gerade diese Maßnahmen (wie z. B. Alternachmittage) sprechen einen großen Kreis von Älteren an. Die Wandlung und Weiterentwicklung dieser Angebote gerade für die Älteren aus den sozial nicht gehobenen Schichten ist für die Gegenwart und Zukunft von Bedeutung.

Zur Organisation der Alterselbsthilfe gilt es, in den Gemeinden „Lernorte zu arrangieren, Begegnungen zu inszenieren, sie durch vorsichtige Vernetzung mit den Rollen im Gemeinwesen aufzuwerten und so zu stärken, daß sie sich selbst darstellen und auseinandersetzen können. Aktionsformen müssen gefunden werden, ein positives Kleinklima, eine Art kommunikativer Infrastruktur, in der Menschen assistiert und weniger organisiert werden“ (Hummel, 1993, S. 102). Initiativen zur Übernahme ehrenamtlicher Tätigkeiten sollten von jung an durch Gesellschaft und Staat in jeder Hinsicht gefördert werden, damit die Ressourcen aller Altersgruppen, und damit auch der Älteren, genutzt werden können.

5.3.1.3 Zur Gesundheitsförderung

Es müssen neue Wege zur Beeinflussung des nach Umfragen teilweise sehr problematischen Ernährungsverhaltens im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter gefunden werden.

Die Angebote zu sportlicher Betätigung, die von Kommunen und Wohlfahrtsverbänden ausgehen, sprechen bestimmte Personen im mittleren Lebensalter besser an als Sportvereine (Tokarski, 1993). Deshalb sollten diese Angebote erweitert werden.

5.3.1.4 Zur Mobilität

Die Erlaubnis zum Führen eines Kraftfahrzeugs sollte altersmäßig nicht begrenzt werden, allerdings muß der Gesundheitszustand und die Funktionsfähigkeit von Auge und Ohr dies zulassen. Ein- und Aussteigemöglichkeiten bei öffentlichen Verkehrsmitteln sowie die Regelung der Haltezeiten bedürfen trotz jahrelanger Bemühungen noch immer einer besseren Anpassung an die Bedürfnisse von Behinderten, darunter auch an jene von älteren Behinderten.

Die Gestaltung von Straßen und Plätzen und der Zugang zu öffentlichen Gebäuden sollten die Aktivitäten Behinderter und älterer Menschen nicht begrenzen, sondern sie eher erweitern. Ebenso sollte bei der Förderung des Wohnungsbaus die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Gehbehinderten eingeplant werden (Vergleiche Kapitel 6 „Wohnen und Wohnumfeld“).

5.3.1.5 Zur Sozialpolitik und politischen Mitwirkung

Die Förderung eines „aktiven Älterwerdens“ seitens der Politik kann nicht primär gerichtet sein auf die einzelnen Aktivitäten selbst. Sie muß ansetzen an den vielfältigen Bedingungen des Handelns und Verhaltens und somit die Potentiale fördern. Im Konkreten verweist diese Erkenntnis, bezogen auf die herausgestellten vier Faktoren, die Lebenslagen im Alter sehr weitgehend beeinflussen, auf folgende Politikansätze:

- Förderung der Gesundheit im Alter, u. a. durch Prävention, Behandlung und Rehabilitation bezogen auf jene, die heute als pflegebedürftig bezeichnet werden, ist notwendig. Denn: Abhängigkeit von Hilfe ist unzweifelhaft ein Aktivität behindernder Umstand (siehe Kapitel 7 „Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung“).
- Frauenförderung in der Gesamtheit ihrer Aspekte ist eine zentrale Maßnahme zur Reduzierung der relativen Benachteiligung, die Frauen auch im Alter erleben und die ihre Aktivitäten erschweren (siehe Kapitel 2 „Familie und soziales Umfeld“).
- Beschäftigungspolitik, die auch ältere Arbeitnehmer erfaßt, ist die Politik der Wahl, geht es doch um eine Aktivitätsförderung diesseits und jenseits der Altersstufen, in denen Menschen heute ihre Erwerbstätigkeit aufgeben (müssen) (siehe Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“).
- Es gilt, extreme soziale Benachteiligungen materieller wie immaterieller Art zu bekämpfen und Bedingungen zu schaffen, Kompetenzen im Alter zu verwirklichen.
- Unter Aspekten der Förderung von Menschen anderer ethnischer Zugehörigkeit als die Mehrheit der Bewohner der Bundesrepublik, hat z. B. die Förderung der kulturellen Aktivität und Entfaltung von ausländischen Mitbürgern und von deutschstämmigen Aussiedlern eine besondere Bedeutung. Eine diesen Personengruppen zugewandte Familienpolitik und Einkommenssicherungspolitik für das Alter ist notwendig (vgl. die Kapitel 2 „Familie und soziales Umfeld“, 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“ und 4 „Materielle Situation“).

Des weiteren ist es Aufgabe der Politik, die Rahmenbedingungen für die Entfaltung von Aktivitäten im öffentlich sichtbaren Raum zu optimieren. Barrieren, die sich der Aktivitätsentfaltung stellen, sind abzubauen:

- Diese Forderung richtet sich konkret an die Bereitschaft politischer Parteien, und zwar auf jeder politischen Ebene. Ältere Mitglieder sind im Sinne dieses Zieles nicht aus einem aktiven Engagement herauszudrängen, sondern im Sinne der Wahrung einer Kontinuität der Beteiligung des einzelnen Mitgliedes zu integrieren. Das höhere Alter ist kein Grund für den Ausschluß aus einer Aktivität oder Funktion, es ist jedoch auch kein Grund für Heraushebung und Bevorzugung.
- Die Schaffung von Möglichkeiten ausländischer Mitbürger zum politischen Engagement auf kommunaler Ebene ist ein Ziel in diesem Kontext. Sie wäre als eine die Integration fördernde Maßnahme zu begreifen.
- Es gilt, in Diskussionen die Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung älterer Menschen in gesellschaftlich relevante Tätigkeiten weiter zu klären. Auch in diesem Punkt ist der politische Ansatz jener der Erhaltung der Bereitschaft zu Engagement und der Annahme von Leistungsangeboten durch das soziale Umfeld des älteren Menschen. Mit der Umsetzung solcher Vorstellungen auf breiterer Basis muß ein Verzicht auf das vorzeitige aktive Herausdrängen älterer Arbeitnehmer aus entlohnter Beschäftigung einhergehen. Sonst handelte es sich um einen Substitutionsprozeß, in dessen Folge älteren Menschen „Aktivitäten zweiter Klasse“ offeriert würden.

Literaturverzeichnis

- AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der FU Berlin; Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie an der GHS Kassel (1991):** Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande, Bd. 82 Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Berlin (DZA)
- Agricola, Sigurd/Wehr, Peter (1993):** Vereinswesen in Deutschland. Bd. 18, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart: Kohlhammer
- Agricola, Sigurd (1990):** Städtebau und Freizeit älterer Menschen. Augsburg
- Agricola, Sigurd (1993):** Die Freizeitgesellschaft im Jahre 2000 — Ein Szenario. (unveröffentlicht)
- Alber, Jens (1994):** Soziale Integration und politische Repräsentation von Senioren, in: Verheugen, Günter (Hrsg.): 60 plus. Die wachsende Macht der Älteren, Köln
- Alt, A./Dinter, I. (1993):** Weiterbildung älterer Menschen — neue Anforderungen an die berufliche Weiterbildung, in: BWP, Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 22(1993)4, S. 23—29
- Altergott, Karen/Duncan, Stephen (1988):** National Context and Daily Life in Later Life, in: Altergott, Karen (ed.): Daily Life in Later Life. Comparative Perspectives, Newbury Park, Beverly Hills, London, New Delhi, S. 229—249
- Amann, Anton (1993):** Soziale Ungleichheit im Gewande des Alters — Die Suche nach Konzepten und Befunden, in: Naegele, Gerhard/Tews, Hans-Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft — Folgen für die Politik, Opladen, S. 100—115,
- Antonini, F. M./Mannukei, M. (1991):** A cosa servono i centenari per i gerontologia. *Giornale Gerontologia* 39, 525—532
- Atchley, Robert C. (1989):** Continuity theory of normal aging. *Gerontologist* 29, 183 ff
- Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard (1993):** Alternde Gesellschaft und Erwerbstätigkeit. Köln: Bund-Verlag
- Bäcker, Gerhard (1993):** Im Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand. Aus Politik und Zeitgeschichte B 44/93
- Bäcker, Gerhard/Bispinck, R./Hofemann, K./Naegele, Gerhard (Hrsg.) (1989):** Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. I, Köln
- Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard (1992):** Alternde Gesellschaft und Erwerbsarbeit im Alter. Anforderungen an Beschäftigungssicherung und -förderung, in: Klose, Hans-Ulrich (Hrsg.): Altern der Gesellschaft. Antworten auf den demographischen Wandel, Köln, S. 95—120
- Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard (1993):** Alternde Gesellschaft und Erwerbsarbeit. Modelle zum Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand, Köln
- Bäcker, Gerhard/Dieck, Margret/Naegele, Gerhard/Tews, Hans-Peter (1989):** Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MAGS
- Backes, Gertrud (1987):** Frauen und soziales Ehrenamt. Zur Vergesellschaftung weiblicher Selbsthilfe, Augsburg
- Baltes, Margret M./Mayer, Ulrich/Borchert, M./Maas, J./Wilms, H.-U. (1993):** Everyday competence in old and very old age: an interdisciplinary perspective. *Ageing and Society* 13, 657—680
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1990):** Successful Aging, Perspectives from the Behavioural Sciences, Cambridge, New York, Port Chester, Melbourne, Sydney
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1992):** Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte, in: Baltes, Paul/Mittelstraß, Jürgen (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Forschungsbericht 5, Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Berlin, New York, S. 1—34
- BDA (1980):** Ältere Mitarbeiter. Praktische Arbeitshilfe für die Betriebe. 2.A. Köln.
- Bell, B. D. (1978):** Disaster impact and response: overcoming the thousand natural shocks. *Gerontologist* 18, 531—540
- Beregi, E. (Ed.) (1990):** Centenarians. A socio-medical and demographic study. Basel: Karger.
- Binstock, Robert L. (1984):** Reframing the Agenda of Policies on Aging, in: Minkler, Meredith/Estes, Carroll L.: Readings in the Political Economy of Aging, Amityville, New York, S. 157—167
- Blosser-Reisen, Lore (1990):** Selbständige Lebens- und Haushaltführung bei Behinderung im Alter mit Hilfe neuer Technologien. *Zeitschrift. Gerontol.* 23, 3—11
- Böhme, K./Lungerhausen, E. (Hrsg.) (1988):** Suizid und Depression im Alter, Regensburg
- Braun, Joachim/Röhrig, Peter (1987):** Praxis der Selbsthilfeförderung. Das freiwillige soziale Engagement am Beispiel von vier Städten, Frankfurt, New York
- Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (1992):** Quartierbezogene Freizeitbedürfnisse älterer Menschen. Bonn: Selbstverlag
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1993):** Nachberufliche Tätigkeiten älterer Menschen. Forschungsberichte Sozialforschung No. 229. Bonn: BMA
- Bundesministerium für Familie und Senioren (1992):** Bundesaltenplan. Bonn: BMFuS

- Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.) (1993):** Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland, Bonn
- CEC (Commission of the European Communities):** Age and Attitudes. Main results of the Eurobarometer survey. Bruxelles: Production Tournesol Cons.
- Cole, Thomas R. (1992):** The Journey of Life. A Cultural History of Aging in America, Cambridge, New York, Port Chester, Melbourne, Sydney
- Conrad, Christoph/von Kondratowitz, Hans-Joachim (Hrsg.) (1983):** Gerontologie und Sozialgeschichte. Wege zu einer historischen Betrachtung des Alters, 48 Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Berlin
- Cumming, Elaine (1981):** Further Thoughts on the Theory of Disengagement, in: Kart, Cary S./Manard, Barbara B. (eds.): Aging in America. Readings in Social Gerontology, 2nd ed., Palo Alto, S. 39—57
- Cumming, Elaine/Henry, William E. (1961):** Growing Old, New York
- Dettbarn-Reggentin, Jürgen/Reggentin, Heike (1993):** Selbsthilfegruppen älterer Menschen, Bestandsaufnahme im Bereich der Altenselbsthilfe. Eine Untersuchung zum 2. Landesaltenplan NRW, Düsseldorf
- Dieck, Margret/Naegele, Gerhard (1989):** Die „neuen Alten“ — Soziale Ungleichheiten vertiefen sich! Ein Thesenpapier, in: Karl, Fred/Tokarski, Walter (Hrsg.): Die „neuen„ Alten. Beiträge der XVII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie 1988, Kasseler Gerontologische Schriften 6, Kassel, S. 167—181
- Dieck, Margret/Gerhard, Igl./Schwichtenberg-Hilmer, Beate (Hrsg.) (1993):** Dokumente der internationalen Altenpolitik Bd. I und II. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993):** Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (Hrsg.): Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung III. Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen, Berlin, S. 1—154
- Eckhardt, J./Horn, J. (1980):** Ältere Menschen und Medien. Eine Studie der ARD/ZDF — Medien Kommission. Frankfurt/M.: Metzner
- Edinger, L. J. (1985):** Politics of the aged: orientations and behavior in 1 major liberal democracies. Zeitschriftf. Gerontologie 18
- Eith, Ulrich (1991):** Alters- und geschlechtsspezifisches Wahlverhalten? in: Wahlverhalten, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 166—178
- EMNID-Institut (1989):** Befragung von 40—59jährigen in der Bundesrepublik. Bielefeld.
- Emrich, E. (1989):** Sport im Alter: soziologische und sozialpsychologische Aspekte. Zeitschriftf. Gerontologie 22, 101—105
- EUROLINK (1993):** Altersdiskriminierung. EUROLINKAGE BULLETIN; November 1993
- Evers, Adalbert/Leichsenring, Kai/Prückner, Birgit (1993):** Alt genug, um selbst zu entscheiden. Internationale Modelle für mehr Demokratie in Altenhilfe und Altenpolitik, Freiburg/Br.
- Fabian, T. (1993):** Fernsehen und Einsamkeit im Alter. Eine empirische Untersuchung zur parasozialen Interaktion. Münster/W.: Lit.-Verlag
- Falck, Ingeborg (1991):** Artikel Rehabilitation, in: Oswald, Wolf, D./Herrmann, Werner M./Kanowski, Siegfried;/Lehr, Ursula M./Thomae, Hans (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 473—479
- Fooken, Insa (1980):** Frauen im Alter. Frankfurt/M.: P. Lang
- Fooken, Insa (1986):** Männer im Alter — Psychologische und soziale Aspekte, in: Zeitschrift für Gerontologie, 19(1986)4, S. 249—275
- Fooken, Insa (1991):** Sexualität und Altern: die „nacheheliche Perspektive“: Erleben und Verhalten geschiedener und verwitweter Frauen. In F. Karl/I. Friedrich (Hrsg.) Partnerschaft und Sexualität im Alter (S. 115—132). Darmstadt: Steinkopff
- Fooken, Insa (1992):** Freundschaft und Sexualität. In Niedersächsisches Frauenministerium (Hrsg.) Alter neu entdecken. (S. 17—23). Hannover
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (1992):** Landessozialbericht Band 1: Armut im Alter. Untersuchung zur Lebenslage ökonomisch unterversorgter älterer Frauen in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf (MAGS) 1992
- Franke, H./Chowanetz, W./Schramm, A. (1985):** Auf den Spuren der Langlebigkeit. Stuttgart: Schat-tauer.
- Frerich, Johannes (1987):** Sozialpolitik. Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland. Darstellung, Probleme und Perspektiven der Sozialen Sicherung, München, Wien
- Gore, M. S. (1990):** Social factors affecting the health of the elderly. In: Robert L. Kane et al. (Eds.) Improving the health of the elderly: a world view. (S. 107—126) Oxford: Oxford University Press
- Grombach, H. (1975):** Konstanz und Variabilität von Persönlichkeitsmerkmalen. Phil. Diss.Univ. Bonn
- Haber, Carole/Gratton, Brian (1992):** Aging in America: The Perspective of History, in: Cole, Thomas R./van Tassel, David D./Kastenbaum, Robert (eds.): Handbook of the Humanities and Aging, New York, S. 352—370
- Habib, J. (1990):** Population aging and the economy. In: Robert B. Binstock/Linda K. George (Eds.) Handbook of Aging and the Social Sciences. 3.ed. (S. 328—345) New York: Academic Press.
- Haditono, Siti R. (1986):** Zur Beziehung zwischen Aktivitätsausmaß und Zufriedenheit im Alter. Zeitschriftf. Gerontologie 19, 101—104

- Hampel, Jürgen (1993):** Technische Hilfen und die Erhaltung und Unterstützung einer selbständigen Lebensführung im Alter. In Wolfgang Zapf (Hrsg.). Technik, Alter, Lebensqualität. (S. 116—186). Bericht and das BMFuS Bonn
- Hartl, U./Fritz, W. (1988):** Das Seniorenstudium der Universität Mannheim im Urteil seiner Teilnehmer. Zeitschrift. Gerontologie 21, 285—288
- Haukkanen, P. et al. (1994):** Factors related to carrying out everyday activities among elderly people aged 80 and more. Aging 5
- Havighurst, Robert J. (1963):** Dominant concerns in the life cycle. In L. Schenz-Danzinger/H. Thomae (Hrsg.). Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Verlagf. Psychologie
- Hoffmann, E. (1993):** Zur Beschäftigung älterer Arbeitnehmer in Westdeutschland — Qualitative und quantitative Aspekte, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 26(1993)3, S. 313—327
- Howe, Christine Z. (1988):** Selected Social Gerontology Theories and Older Adult Leisure Involvement: A Review of the Literature, in: Journal of Applied Gerontology, 6(1988)4, S. 448—463
- Huerta, F./Horton, R. (1978):** Coping behavior of elderly victims. Gerontologist 18, 541—546
- Humboldt, Wilhelm v. (1793):** Theorie der Bildung des Menschen. In Andreas Flitner/K. Giel (Hrsg.) Wilhelm von Humboldt. Werke in fünf Bänden. Bd. I (S. 234—290). Darmstadt: Wissenschaftl. Buchgesellschaft
- Hummel, Konrad (1993):** Gemeinwesenorientierte Altenarbeit — sozialpflegerische Entwicklungen. In Hans-Ulrich Klose (Hrsg.). forum demographie und politik, H. 3, S. 90—109
- Infratest Sozialforschung (1992):** Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter. Zwischenbericht.
- Infratest Sozialforschung, Sinus/Horst Becker (1991):** Die Älteren — zur Lebenssituation 55—70jähriger. Bonn: Verlag H.W. Dietz Nachf.
- Institut für Demoskopie (1991):** Alte Menschen in Ost- und Westdeutschland. Bericht an die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Altenberichts der Bundesregierung: Allensbach.
- Isenberg, Sheldon (1992):** Aging in Judaism: „Crown of Glory“ and „Days of Sorrow“, in: Cole, Thomas R./Van Tassel, David D./Kastenbaum, Robert (eds.): Handbook of the Humanities and Aging, New York, S. 147—174
- Jansen, R. (1987):** Arbeitsprofile von Anwendern und Nicht-Anwendern programmgesteuerter Arbeitsmittel. In: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.) Neue Technologien (S. 249—308). Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Johnson, Colleen L. (1994):** Introduction: Social and Cultural Diversity of the Oldest-Old, in: International Journal of Aging and Human Development, 38(1994)1, S. 1—12
- Johnson, Colleen L. (1994a):** Differential Expectations and Realities: Race, Socioeconomic Status and Health of the Oldest Old, in: International Journal of Aging and Human Development, 38 (1994) 1, S.13—27
- Johnson, Colleen L./Barer, Barbara M. (1992):** Patterns of Engagement and Disengagement Among the Oldest Old, in: Journal of Aging Studies, 6 (1992) 4, S. 351—364
- Kay, H. (1959):** Theories of learning and aging. In James E. Birren (Ed.) Handbook of aging and the individual (S. 614—654). Chicago: Univ. of Chicago Press
- Kiefer, Christine W. (1992):** Aging in Eastern Cultures: A. Historical Overview, in: Cole, Thomas R./Van Tassel, David D./Kastenbaum, Robert (eds.): Handbook of the Humanities and Aging, New York, S. 96—123
- Kieselbach, T. (1988):** Arbeitslosigkeit. In R.Asanger & G. Wenninger (Hrsg.). Handwörterbuch der Psychologie. 2.A.. München-Weinheim: Psychologie Verlags-Union
- Klauder, Wolfgang (1992):** Ausreichend Mitarbeiter für Tätigkeiten von morgen? in: Bullinger, H.-J. et al. (Hrsg.): Alter und Erwerbsarbeit der Zukunft, Berlin., S. 22—31
- Kohli, Martin (1993):** Altersgrenzen als Manoevrier-masse? Das Verhältnis von Erwerbsleben und Ruhestand in einer alternden Gesellschaft. In B. Strümpel/ M. Dierkes (Hrsg.). Innovation und Beharrung in der Arbeitspolitik (S. 177—208). Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Kohli, Martin/Freter, Hans-Jürgen/Langehennig, Manfred et al. (1993):** Engagement im Ruhestand. Opladen: Leske & Budrich
- KONSO (1987):** Wachstumfelder im Freizeitbereich bis 1995. München
- Kosmale, Arno F. (1966):** Bereiche ehrenamtlicher Mitarbeit in der sozialen Arbeit und Kategorien ehrenamtlicher Mitarbeiter, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 46 (1966), S. 172—175
- Kruse, Andreas/Thomae, Hans (1992):** Menschliche Entwicklung im historischen Wandel. Empirisch-psychologische Beiträge zur Zeitgeschichte. Heidelberg: Asanger
- Kruse, Andreas (1994):** Kompetenz im Alter in ihren Bezügen zur objektiven u. subjektiven Lebenssituation. Darmstadt: Steinkopff
- Kübler, H. D ./Burghardt, W./Graf, A. (1991):** Ältere Menschen und neue Medien. Berlin: Vistas
- Laicardi, D. (1990):** The construct of ‚life satisfaction‘ in assessing the personality of the elderly. Paper presented at V. European Congress of Personality Psychology. Rome. Ital.

- Lang, E./Stegmann, H. (1987):** Kompetenzerhaltung durch körperliche Aktivität und Sport. Zeitschrift f. Gerontologie 20, 331—335
- Lawton, M. Pawell (1985):** Activities and Leisure, in: Lawton, M. Pawell/Maddox, George L. (eds.): Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Vol. 6, New York, S. 127—164
- Lehr, Ursula (1987):** Zur Situation der älterwerdenden Frau — Bestandsaufnahme und Perspektiven bis zum Jahre 2000; München: Beck
- Lehr, Ursula/Fachinger, Beate (1991):** Frauen in Männerberufen. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 16, 229—234
- Lehr, Ursula/Minnemann, Elisabeth (1987):** Veränderung von Quantität und Qualität sozialer Kontakte vom 7. bis 9. Lebensjahrzehnt. In Lehr, Ursula/Thomae, Hans (Hrsg.). Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA) (S. 80—91). Stuttgart: Enke.
- Lehr, Ursula/Thomae, Hans (1991):** Alltagspsychologie. Aufgaben, Methoden, Ergebnisse. Darmstadt: Wissenschaftl. Buchgesellschaft.
- Lehr, Ursula (1991):** Psychologie des Alterns, 7.A. Heidelberg: Quelle & Meyer
- Lehr, Ursula (1992):** Physical activities in old age: motivations and barriers. In: S. Harris, R. Harris/W.S. Harris (Hrsg.). Physical activity, aging, and Sports. (S. 51—62). Albany, NY: Center for the Study of Aging.
- Lehr, Ursula/Schmitz-Scherzer, Reinhard/Quadt, E. (1979):** Nutzung von Bildungsangeboten durch Ältere. Stuttgart: Kohlhammer
- Longino, Charles F./Cart, Cary S. (1982):** Explicating Activity Theory: A Formal Replication, in: Journal of Gerontology, 37 (1982) 6, S. 713—722
- Longino, Charles F./Lipman, A. (1982):** The married, the formerly married and the never married: support system differentials of older women in planned retirement communities. International Journal of Aging and Human Development 15, 285—297
- Marstedt, Gerd/Last, R./Wahl, W.B./Müller, Rainer (1993):** Gesundheit und Lebensqualität. Bremen: Angestelltenkammer
- Mathey, Franz-Josef (1991):** Verkehrsteilnahme. In Wolf D. Oswald et al. (Hrsg.) Gerontologie. 2.A. (S. 606—602). Stuttgart: Kohlhammer
- Mayer, Karl Ulrich/Wagner, Michael (1993):** Socio-Economic Resources and Differential Ageing, in: Ageing and Society, 13 (1993) 4, S. 517—550
- McCrae, Robert R./Costa, Paul T. jr. (1984):** Emerging lives, enduring dispositions. Boston: Little Brown
- Mollenkopf, Heidrun (1993):** Technik zur Integration älterer Menschen. In Wolfgang Zapf (Hrsg.). Projekt „Technik, Alter, Lebensqualität“ (S. 21—114). Abschlußbericht an das BMFuS
- Müller-Daehn, Sigrid/Fooker, Insa (1993):** Besondere Belange der Situation von Frauen im Alter, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung III — Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen, Berlin, S. 281—395
- Myers, Jane E. (1993):** Personal Empowerment, in: Ageing International, 20(1993)1, S. 3—8
- Naegele, Gerhard (1992):** Zwischen Arbeit und Rente. gesellschaftliche Chancen und Risiken älterer Arbeitnehmer, Augsburg: Maro Verlag
- Naegele, Gerhard/Tews, Hans-Peter (Hrsg.) (1993):** Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft — Folgen für die Politik, Opladen
- Nahnsen, Ingeborg (1971):** Der systematische Ort der Sozialpolitik in den Sozialwissenschaften, in: Külpe, B./Schreiber, W. (Hrsg.): Soziale Sicherheit, Köln, Berlin, S. 94—109
- Nies, Henk/Munnichs, Joep (unter Mitarbeit von Stevens, Nan/Buijssen, Huub) (1986):** Sinnggebung und Altern, Bd. 66 Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Berlin
- Noelle-Neumann, Elisabeth/Köcher, Renate (1993):** Allensbach-Umfragen 1984—1991.
- OECD (1986):** Living conditions in OECD countries. Social Policy Studies, Vol. 3. Paris: OECD-Publ.
- Oltmanns, Horst P./Mohn, Helmut/Lehr, Ursula (1988):** Aktives Altern: Initiativen älterer Menschen. In Staatsministerium Baden-Württemberg (Hrsg.). Altern als Chance und Herausforderung (S. 175—182). Stuttgart: STAMI
- Opaschowski, Horst W. (1990):** Herausforderung Freizeit. Perspektiven für die Neunziger Jahre. Hamburg: B.A.T. Freizeitforschungsinstitut
- Palamidis, Helene/Vorbolt, H. (1987):** Bildung. In H.-J. Krupp/J. Schupp (Hrsg.) Lebenslagen im Wandel (S. 186—202). Frankfurt/M.: Campus
- Pearlin, Leonard I. (1994):** The Study of the Oldest-Old: Some Promises and Puzzles, in: International Journal of Aging and Human Development, 38(1994)1, S. 91—98
- Pehl, Klaus/Reitz, Gerhard (1993):** Statistische Mitteilungen des Deutschen Volkshochschulverbandes, 21. Folge (Arbeitsjahr 1992). Frankfurt/M.: Pädagogische Arbeitsstelle des DHV
- Post, Stephan G. (1992):** Aging and Meaing: The Christian Tradition, in: Cole, Thomas R./Van Tassel, David D./Kastenbaum, Robert (eds.): Handbook of the Humanities and Aging, New York, S. 127—146
- Reggentin, Heike/Dettbarn-Reggentin, Jürgen (1992):** Selbsthilfegruppen älterer Menschen. Düsseldorf: MAGS
- Reichenwallner, M./Glatzer, Wolfgang/Bös, M. (1991):** Die Einbindung älterer Menschen in familiäre, nachbarschaftliche und andere soziale Netzwerke in Bezug auf empfangene und geleistete materielle und immaterielle Hilfe. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Expertisen zum ersten Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Er-

sten Altenberichts der Bundesregierung (S. 1—15). Berlin: DZA

Roberto, Karen A./Kimboko, Priscilla J. (1989): Friendships in Later Life — Definitions and Maintenance Patterns, in: *International Journal of Aging & Human Development*, 28 (1989) 1, S. 9—19

Robrecht, J.J.T. (1994): Konflikte, Auseinandersetzungsformen und Lebensalter. Phil. Diss. Univ. Greifswald.

Rosenmayr, Leopold (1987): Altsein im 21. Jahrhundert (Ein Versuch, über Zukunft zu spekulieren), in: Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (Hrsg.): *Die ergraute Gesellschaft*, Bd. 71, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Berlin, S. 460—485

Rossi, Alice S. (1986): Sex and Gender in an Aging Society, in: *Daedalus* (Volume „The Aging Society“) 115 (1986) 1, S. 141—169

Rubinstein, Robert L. (1986): *Singular Paths: Old Men Living Alone*, New York

Rubinstein, Robert L. (1992): Anthropological Methods in Gerontological Research: Entering the Realm of Meaning, in: *Journal of Aging Studies*, 6 (1992) 1, S. 57—66

Rubinstein, Robert L./Kilbride, Janet C./Nagy, Sharon (1992): *Elders Living Alone: Frailty and the Perception of Choice*, New York

Rudinger, Georg/Thomae, Hans (1990): The Bonn Longitudinal Study of Aging: Coping, life adjustment, and life satisfaction. In Baltes, Paul B./Baltes, Margaret M. (Hrsg.). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. (S. 265—295). Cambridge University Press

Rürup, Bert/Sesselmeier, Werner (1993a): Schrumpfende und alternde deutsche Bevölkerung, Arbeitsmarktpolitische Perspektiven und Optionen, in: Klose, Hans-Ulrich (Hrsg.): *Altern und Gesellschaft*. Antworten auf den demographischen Wandel, Köln, S. 27—50

Rürup, Bert/Sesselmeier, Werner (1993b): Die demographische Entwicklung Deutschlands: Risiken, Chancen, politische Optionen, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“, B 44 (1993) vom 20. 10. 1993, S. 3—15

Salamon, Michael J. (1985): Sociocultural Role Theories in the Elderly: A Replication and Extension, in: *Activities, Adaptation and Aging* 7 (1985) 2, S. 111—122

Schäfer, H. (1983): Die berufliche und soziale Lage von Arbeitern im Alter. Eine Skizze zur Situation Deutschland im 19./20. Jahrhundert. In Christoph Conrad/Hans-Joachim v. Kondradowitz (Hrsg.). *Gerontologie und Sozialgeschichte* (S. 255—272). Berlin: DZA

Schaller, B. (1989): Funktionen der sportlichen Aktivitäten im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie* 22, 38—91

Schäuble, Gerhard (1989): Die schönsten Jahre des Lebens? Lebenslagen und Alltagsrhythmen von jungen Alten. Stuttgart: Enke

Schmähl, Winfried (1988): Erwerbsleben, Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und Leben im ‚Ruhestand‘. Veränderungen und Aufgaben aus ökonomischer Sicht. In: Staatsministerium Baden-Württemberg (Hrsg.). *Altern als Chance und Herausforderung* (S. 77—98). Stuttgart: STAMI

Schmidt, H. (1977): Der ältere Arbeitnehmer im technischen Wandel. Frankfurt/M: Rationalisierungskuratorium der Deutschen Wirtschaft

Schmidt, Roland (1983): Ehrenamtliche Mitarbeiter in der Altenhilfe: Versuch, die Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter zu bestimmen, die in diesem Bereich der Sozialen Arbeit tätig sind, in: Schmidt, Roland (Hrsg.): *Ehrenamtliche Dienste in der Altenhilfe*. Ein Reader, Bd. 44 Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Berlin, S. 201—236

Schmitz-Scherzer, Reinhard (1988): Freizeit im Alter. In: Staatsministerium Baden-Württemberg (Hrsg.). *Altern als Chance und Herausforderung*. (S. 153—158). Stuttgart: STAMI

Schneider, W. F. (1989): Zukunftsbezogene Zeitperspektive von Hochbetagten. Regensburg: Roderer

Severing, E. (1993): Es fehlen Weiterbildungsangebote für ältere Arbeitnehmer aus der Industrie, in: *BWP, Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 22 (1993) 4, S. 18—22

Sill, John Stewart (1980): Disengagement Reconsidered: Awareness of Finitude, in: *The Gerontologist*, 20 (1980) 4, S. 457—462

Skarplis-Sperk, Sigrid (1992): Arbeit und Wirtschaft im demographischen Wandel, in: *forum demographie und politik* 2, Bonn, S. 35—69

Solomon, Kenneth (1982): The Older Man, in: Solomon, Kenneth/Levy, Norman B. (eds.): *Men in Transition. Theory and Therapy*, New York, London, S. 205—240

Steinkamp, Marjorie W./Kelly, John R. (1987): Social Integration, Leisure Activity, and Life Satisfaction in Older Adults: Activity Theory Revisited, in: *International Journal of Aging and Human Development*, 25 (1987) 4, S. 293—307

Sterns, H.L./Alexander, R. A. (1986): Industrial Gerontology. In George Maddox (Edt.). *Encyclopedia of Aging* (S. 344 f). New York: Springer

Sterns, H.L. (1989): Training and retraining of older workers. In James E. Birren/P.K. Robinson et al. (Edts.). *Age, health, and employment*. Englewood Cliffs, N. J.: Lawrence Erlbaum

Straka, Gerald A./Kuwan, H. (1993): Einflußfaktoren auf die berufliche Weiterbildung von Arbeitnehmer/innen in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens. In J. Abel/G.A. Straka (Hrsg.) *Berufliche Weiterbildung und neue Technologien*. Münster: Waxman

- Straka, Gerald A. (1991):** Altenbildung. In L. Roth (Hrsg.). Pädagogik. (S. 640—648). München: Ehrenwirth
- Straka, Gerald A./Fabian, T./Will, J. (1989):** Medien im Alltag älterer Menschen. Düsseldorf: Landesregierung Nordrhein-Westfalen
- Templeton, R./Bauerreiss, R. (1994):** Kinderbetreuung zwischen den Generationen. In W. Bien (Hrsg.) Eigeninteresse oder Solidarität (S. 249—266). Opladen: Leske & Budrich
- Tews, Hans-Peter (1987):** Die Alten und die Politik. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Die ergraute Gesellschaft (S. 141—188). Berlin: DZA
- Tews, Hans-Peter (1991):** Altersbilder. Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter, KDA Forum, Köln (KDA)
- Tews, Hans-Peter (1994):** Alter zwischen Entpflichtung, Belastung und Verpflichtung, in: Verheugen, Günter (Hrsg.): 60 plus. Die wachsende Macht der Älteren, Köln
- Thomae, Hans/Kranzhoff, W. (1979):** Nutzung von Einrichtungen der Offenen Altenhilfe und Lebenszufriedenheit. Stuttgart: Kohlhammer
- Thomae, Hans (1983):** Alternsstile und Altersschicksale. Ein Beitrag zur differentiellen Gerontologie, Bern, Stuttgart, Wien
- Thomae, Hans (1991):** Lebenszufriedenheit, In: Oswald, Wolf D./Herrmann, Werner M./Kanowski, Siegfried/Lehr, Ursula M./Thomae, Hans (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe, 2. überarb. und erw. Auflage, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 323—328
- Thomae, Hans (1993):** Psychosocial aspects of longevity and healthy aging. In: J. L. C. Dall/M. Ermini et al. (Edts.). Prospects in Aging. (S. 3—22). London: Academic Press
- Thurmond, Gerald T./Belcher, John C. (1981):** Dimensions of Disengagement Among Black and White Rural Elders, in: International Journal of Aging and Human Development, 12 (1980—81) 4, S. 245—266
- Thursby, Gene R. (1992):** Islamic, Hindu, and Buddhist Conceptions of Aging, in: Cole, Thomas R./Van Tassel, David D./Kastenbaum, Robert (eds.): Handbook of the Humanities and Aging, New York, S. 175—196
- Tokarski, Walter (1989):** Neue Alte, alte Alte — alter oder neuer Sport? In Walter Tokarski/H. Allmer (Hrsg.). Sport und Altern. St. Augustin: Academia Verlag
- Tokarski, Walter (1993):** Sport und Altern. Realitäten und Perspektiven. In Hans-Ulrich Klose (Hrsg.). forum demographie und politik, H. 3, 55—89
- Tornstam, Lars (1992):** The Quo Vadis of Gerontology: On the Scientific Paradigm of Gerontology, in: The Gerontologist 32 (1992) 3, S. 318—326
- Tornstam, Lars (1993):** Gerotranscendence — A Theoretical and Empirical Exploration, in: Thomas, L.E./Eisenhandler, S. A. (eds.): Aging and the Religious Dimension, Westport (Greenwood Publishing Group), in press (Paper presented at the XV. International Congress of Gerontology, Budapest)
- Walker, Alan/Phillipson, Chris (1986):** Introduction, in: Phillipson, Chris/Walker, Alan (eds.): Ageing and Social Policy. A Critical Assessment, Aldersho, S. 1—12
- Welford, A. T. (1958):** Ageing and human skills. Oxford: Oxford University Press
- Wilbers, Joachim (1991):** Das Wahlverhalten älterer Menschen bei der Bundestagswahl am 2. 12. 90. Zeitschriftf. Gerontologie 24, 246—250

6 Wohnen und Wohnumfeld

6.0 Vorbemerkung

Im Kapitel Wohnen und Wohnumfeld werden im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel verschiedene Teilaspekte behandelt. Aufgrund der besonderen Bedeutung, die dem Wohnen von allen Generationen zugemessen wird, werden zunächst der Wohnungsbestand und die Bedarfsentwicklung bis zum Jahr 2030 generell behandelt. Dabei wird von einer zunächst noch wachsenden Wohnbevölkerung bis mindestens 2010 ausgegangen (vgl. Kapitel 1 „Demographischer Wandel: Die Daten und ihre Entwicklung bis 2030“). Haushaltgrößen- und Wohnflächenentwicklung sowie nach Altersgruppen differenzierte regionale Bevölkerungsentwicklungen bilden den weiteren Hintergrund des ersten Abschnittes.

In den beiden darauffolgenden Abschnitten werden die Wohnsituation der älteren Menschen, Fragen des alter(n)sgerechten Wohnens, die Wohnbedürfnisse verschiedener Generationen sowie spezifische Wohnformen des Alters untersucht. In den beiden letzten Analyse-Teilen wird schließlich auf die Wohnumfeldbedingungen und die kommunale und regionale Infrastruktur einer älter werdenden Gesellschaft eingegangen.

Die bereits heute sich abzeichnenden Anforderungen an die Politik werden detailliert dargestellt. Sie richten sich sowohl an interessierte Leser als auch an die Verantwortlichen der verschiedenen Politikebenen und bilden den Abschluß dieses Kapitels. Um den Zusammenhang zu den Analyse- und Prognose-Teilen herzustellen, sind diese den einzelnen Abschnitten des Kapitels durch Verweis zugeordnet.

6.1 Wohnungsbestand und Bedarfsentwicklung bis zum Jahr 2030

6.1.1 Wohnungsbestand, Baubedarf und Bauflächenbedarf

Der Wohnungsbestand in der Bundesrepublik Deutschland beläuft sich nach dem letzten Stand von 1991 auf etwa 34,2 Mio. Wohnungen (alle Angaben: Statistisches Bundesamt, 1993, 268). Davon entfallen etwa 7,04 Mio. auf die neuen Bundesländer. Damit liegt die Zahl der Wohnungen je 1 000 Einwohner bei 426 (West: 421/Ost: 446). Der tatsächliche Wohnungsbestand in den neuen Bundesländern wird vom Ifo-Institut allerdings auf lediglich etwa 6,6 Mio. Wohnungen geschätzt (BfLR, 1993 c, 8). Im Vergleich der Mitgliedstaaten der Europäischen Union liegt die Bundesrepublik damit im oberen Drittel, lediglich Dänemark und Frankreich verfügen über einen größeren Pro-Kopf-Wohnungsbestand. Die Wohnfläche

beträgt im Durchschnitt 34,9 qm je Einwohner, wobei hier die neuen Bundesländer mit 28,7 qm gegenüber den alten Bundesländern mit 36,5 qm noch eine geringere Wohnfläche je Einwohner aufweisen. Die durchschnittliche Wohnungsgröße beträgt 82,1 qm (West: 86,6/Ost: 64,4) bei 4,3 Räumen je Wohnung (West: 4,4/ Ost: 3,8). Betrachtet man die regionalen Unterschiede, so gilt generell, daß die Flächenstaaten Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Hessen sowie das Saarland über überdurchschnittlich große Wohnungen verfügen, während die Stadtstaaten Hamburg, (Gesamt-)Berlin und Bremen die höchsten Bestände je 1000 Einwohner bei durchschnittlich kleineren Wohnungen aufweisen (vgl. Abschnitt 6.1.2).

Dem Angebot von insgesamt 34,2 Mio. Wohnungen stand 1991 eine **Nachfrage** von mehr als 35 Mio. Haushalten gegenüber. Ursachen für die gestiegene Nachfrage der letzten Dekaden waren neben den steigenden Einkommen und den damit verbundenen gehobeneren Ansprüchen an das Wohnen und einer abnehmenden Haushaltgröße (Trend zum Single-Haushalt) die erhöhte Nachfrage nach Wohnraum durch arbeitsmarktorientierte Zuwanderungen (in den Jahren 1968—71/1979—81).

Der **aktuelle Wohnungsmangel** wird in der Diskussion auf verschiedene Ursachen zurückgeführt. Neben den erwähnten Einkommenseffekten wird vor allem die hohe Zahl der Zuwanderer einschließlich der Asylbewerber sowie der Aus- und Übersiedler für die Nachfragesteigerung verantwortlich gemacht. Hinzu kommt, daß sich die geburtenstarken Jahrgänge der 60er Jahre aufgrund ihrer beruflichen und familiären Situation tendenziell in der expansiven Phase ihrer Wohnungsnachfrage befinden und dies vermutlich noch einige Jahre anhalten wird. Insgesamt ist die Bevölkerung in den alten Bundesländern zwischen 1987 und Ende 1992 um rund 4,2 Mio. Menschen bzw. um etwa 2,4 Mio. Haushalte gewachsen; hier treten die größten Versorgungslücken auf. In den neuen Bundesländern ist die Bevölkerung im selben Zeitraum um nahezu 1 Mio. Menschen zurückgegangen.

Demgegenüber ist die **Anzahl der fertiggestellten Wohnungen** in der Bundesrepublik bzw. den alten Bundesländern von 1972 bis 1993 auf eine absolute Größe von über 8 Mio. gestiegen. Die Anzahl der fertiggestellten Wohnungen belief sich von 1972—1991 auf 7,583 Mio. (Pfeiffer, 1993, 18). 1992 wurden etwa 375 000 Fertigstellungen registriert, für 1993 werden es laut Expertenmeinung über 400 000 neue Wohnungen sein (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 1993 a). Die stärksten Aktivitäten wurden in den frühen siebziger Jahren verzeichnet, während in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrzehnts zwischen 1986 und 1990 jährliche Fertigstellungsraten von lediglich bis zu gut 250 000 erreicht wurden.

Durch den stetigen Anstieg der Zahl der Haushalte seit 1988 bei gleichbleibender Zahl der Fertigstellungen von Wohnungen hat sich die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage so deutlich vergrößert, daß in den alten Bundesländern heute eine Größenordnung von 0,8 bis 1 Mio. Wohnungen gegenüber der Wohnungsversorgung im Vergleichsjahr 1987 fehlen. Insgesamt ergibt sich aufgrund der stark gestiegenen Bevölkerungszahl ein Fehlbestand von mindestens 2,0 Mio. Wohnungen in den alten und weiteren 0,2 Mio. in den neuen Bundesländern (PROGNOS, 1993, 71).

Die Zahl derer, die zur Zeit gänzlich **ohne Wohnung** sind, wird von verschiedenen Stellen auf zwischen 150 000 (Diakonisches Werk der EKD, 1993, 8) und 1 Mio. Menschen (Heins, 1993, 15) geschätzt. Die letztere Zahl ermittelte die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe. Sie umfaßt auch die in Notunterkünften, Pensionen, Wohnheimen, Kliniken und psychiatrischen Anstalten untergebrachten Personen. Die Wohnungsnot bedroht zunehmend auch Bevölkerungsgruppen, die bisher nicht betroffen waren. Die konkrete Situation derer, die im Alter ohne feste Bleibe sind, ist nicht ausreichend erforscht. Dieses vielschichtige Problem bedarf der weiteren Untersuchung.

Die **Ursachen für den Nachfrageüberhang** beim Gut Wohnungen sind vielfältiger Art. Zu nennen sind insbesondere:

- Die Steigerung der Kosten im Neubaubereich durch gestiegene Baulandpreise, längere Projektentwicklungsfristen und hohe Qualitätsnormen.
- Die in der Vergangenheit gesunkene Neigung von Großinvestoren, in den Wohnungsbau zu investieren.
- Fehlende Wertsteigerungsperspektiven bei Immobilien.
- Die verunsichernde Wirkung der häufigen Veränderung von miet- und steuerrechtlichen Rahmenbedingungen auf potentielle Anleger und Vermieter bereits bestehenden Wohnraums.
- Hohe Zinsbelastungen für Baukredite in der Vergangenheit.
- Die Präferenz der Wohnungsnachfrager nach Bestandsmodernisierung und deren steuerrechtliche Förderung.
- Der durch die Bestandsmodernisierung und Zweckentfremdung entstehende Verlust von einfachem und preiswertem Wohnraum.
- Die Aufwertung des innerstädtischen Bestandes durch Maßnahmen der Stadterneuerung.
- Die Umwandlung von Mietwohnungen in Eigentumswohnungen in den Großstädten.
- Der Rückgang des sozialen Wohnungsbaues in den 80er Jahren aufgrund der zeitweise geringeren Nachfrage.

- Die Erwartung einer langfristigen Bevölkerungsabnahme als nachfragemindernd und damit ertragsmindernd für die Investoren.
- Die Abnahme der Haushaltsgrößen, die Zunahme der Haushaltsanzahl und die Erhöhung der Wohnfläche je Einwohner.

Zwar verzeichnet der seit 1990 nach oben weisende Trend beim Wohnungsbau in den alten Bundesländern im Jahr 1993 mit mehr als 400 000 Fertigstellungen sein vermutlich bestes Ergebnis seit 1984 bei einem gleichzeitigen weiteren Anstieg der Baugenehmigungen für 1994 auf über 600 000 (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 1993 d), dennoch wird eine Entspannung auf dem Wohnungsmarkt erst für die Zeit nach dem Jahr 2000 prognostiziert. PROGNOS rechnet bis zum Jahr 2000 mit 3,7 Mio. neuen Wohnungen und weiteren 3,9 Mio. Wohnungen zwischen 2000 und 2010, ohne daß damit die Probleme auf dem Wohnungsmarkt gelöst werden können (PROGNOS, 1993, XVI). Nicht enthalten sind in dieser Berechnung die jährlichen Abgangszahlen an Wohnungen, die zur Zeit bei etwa 15—20 000 liegen. Auch die Steigerungsraten im sozialen Wohnungsbau seit 1989 auf aktuell über 100 000 Wohnungen kann die Lage auf dem angespannten Nachfragemarkt nach Sozialwohnungen nicht wesentlich verbessern, da Ende der 80er Jahre jährlich etwa 150 000 Wohnungen aus der Bindung herausfielen (Deutscher Bundestag, 1993 d). Dabei sind kommunale Nachwirkungsfristen, aufgrund derer das tatsächliche Herausfallen von Sozialwohnungen aus der Mietpreisbindung zeitlich verschoben wird, jedoch nicht berücksichtigt.

Verschärfend kommt hinzu, daß der mit dem mittel- und langfristigen **Baubedarf** verknüpfte Baulandbedarf neue Probleme aufwirft. An den Stellen der größten Nachfrage nach Wohnungen, beispielsweise in den Großstädten der alten Bundesländer, gibt es kaum mehr Möglichkeiten der Baulandausweisung. Hingegen besteht in den Umlandgemeinden der Städte aufgrund der entspannteren Wohnungsmarktlage, den Ansprüchen des Natur- und Umweltschutzes sowie den planungsrechtlichen Hürden bei den politisch Verantwortlichen in der Regel wenig Bereitschaft, bereits ausgewiesenes Bauland zu aktivieren. Allerdings halten nach einer aktuellen Umfrage zur Verfügbarkeit der Wohnbauland-Reserveflächen über 40 v. H. der Grundstückseigentümer Reserveflächen in Baulücken und im Geltungsbereich älterer Bebauungspläne zurück, weil sie die Fläche für ihre Kinder und Enkel aufheben (Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung [IES], 1994).

Die **neuen Bundesländern** verzeichnen bereits heute neben den Neubauerfordernissen einen großen Bedarf an Wohnungssanierungs- und Instandsetzungsarbeiten sowie Wohnungserweiterungsmaßnahmen. Ausgehend vom Wohnungsbestand des Jahres 1990 wird vom IFO-Institut allein für den Erhalt und den Bau von Wohnraum ein Gesamtinvestitionsbedarf von 975 Mrd. DM bis zum Jahr 2005 prognostiziert (Ifo-Institut für Wirtschaftsforschung, 1992, 234 f.). Dies kann vermutlich, sofern die prognostizierten Mietsteigerungen eintreten, in der zweiten Hälfte der 90er Jahre nicht erwirtschaftet werden. Optimisti-

sche Prognosen gehen von einer Größenordnung von 500 Mrd. DM zusätzlichen Mieteinnahmen in den neuen Bundesländern aus (Pfeiffer, 1993, 93). Als Konsequenz ist mit einer Anpassung der Bestandsqualitäten erst nach 2005 zu rechnen.

Langfristige Bedarfsprognosen unter Einbeziehung des demographischen Wandels kommen zu dem Ergebnis, daß aufgrund

- der allgemeinen Zunahme der Lebenserwartung,
- des längeren Verbleibs älterer Menschen in der eigenen Wohnung im Jahrgangvergleich,
- des steigenden Wohnflächenbedarfs älterer Menschen im Jahrgangvergleich,
- und der deutlich gestiegenen Einkommen älterer Menschen in den 80er Jahren und ihrer Bereitschaft, Einkommen in separaten Wohnraum zu investieren,

selbst bei einem Rückgang der letztjährigen hohen Zuwandererzahlen mittelfristig (= 15—20 Jahre) nicht mit einer Entspannung auf dem Wohnungsmarkt gerechnet werden kann (Börsch-Supan, o. J., 12).

Für den **Zeitraum nach 2015** liegen noch keine Schätzungen zum Wohnungsbestand bzw. -bedarf vor. Hierfür wird neben der Entwicklung der Bevölkerungszahl von entscheidender Bedeutung sein, ob es in den kommenden beiden Jahrzehnten gelingt, genügend neuen Wohnraum für möglichst viele Nachfrager zu schaffen. Die geburtenstarken Jahrgänge werden im kommenden Jahrzehnt verstärkt auf den Wohnungsmarkt drängen und in die Phase der Eigentumsbildung eintreten. Diese Generation wird nach 2030 in die Altersphase kommen. Dem ist aus der Sicht einer vorsorgenden Politik bereits heute Rechnung zu tragen.

6.1.2 Wohnungsflächenentwicklung

Bei der Wohnungsflächenentwicklung muß zum einen die Wohnungsgröße und zum anderen die Haushaltsgröße betrachtet werden. Die Wohnungsfläche je Einwohner ergibt sich als Quotient aus Gesamtwohnfläche und Bevölkerungszahl.

Die durchschnittliche **Wohnungsgröße** ist in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gewachsen. In den alten Bundesländern ist sie von 72 qm im Jahr 1970 auf 86,6 qm im Jahr 1991 angestiegen. In den neuen Bundesländern beträgt sie seit 1987 konstant in etwa 64 qm. Insgesamt ergibt sich für 1991 eine durchschnittliche Wohnungsgröße von 82,1 qm. Regionale Unterschiede bestehen in den alten Bundesländern vor allem zwischen den Flächenstaaten und den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin (vgl. Abschnitt 6.1.1), während in den neuen Bundesländern die Werte kaum differieren. Den niedrigsten Stand verzeichnete 1991 in den neuen Bundesländern Sachsen mit 62,2 qm, den höchsten Wert konnte Thüringen mit 68,1 qm aufweisen (Statistisches Bundesamt, 1993, 269). Die Anzahl der Räume je Wohnung variiert zwischen 3,5 (Berlin) und 4,8 (Rhein-

land-Pfalz, Saarland) und beträgt insgesamt 4,3 (West: 4,4/Ost: 3,8).

Von besonderer Bedeutung sind die **Haushaltsgrößen**. Im April 1991 betrug die durchschnittliche Haushaltsgröße 2,27 Personen je Haushalt. Die niedrigsten Werte weisen die Stadtstaaten Hamburg (1,92), Berlin (1,96) und Bremen (2,01) auf. Größere Haushalte finden sich vor allem in den ländlich strukturierten Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern (2,58), Thüringen (2,45), Sachsen-Anhalt (2,39) und Rheinland-Pfalz (2,36). Entwicklungszahlen liegen aufgrund der Volkszählungen für das Bundesgebiet vor. Demzufolge ist die Haushaltsgröße von 2,99 (1950) über 2,74 (1970) auf 2,27 (Gesamtdeutschland 1991/ Mikrozensus) kontinuierlich zurückgegangen.

Auffällig ist die Entwicklung bei den **Ein- bzw. Zwei-Personen-Haushalten**. Während 1970 noch gut die Hälfte aller Haushalte drei und mehr Personen umfaßte und die Ein- bzw. Zwei-Personenhaushalte jeweils gut ein Viertel der Haushalte stellten, bestand bereits 1991 jeder dritte von insgesamt 35,25 Mio. Haushalten aus nur einer Person. Nahezu zwei Drittel dieser Haushalte wiederum (7,45 Mio.) sind Mieterhaushalte. Den Spitzenwert unter den Städten erreicht aktuell München mit 51 v. H. Ein-Personen-Haushalten.

Tabelle 66

Haushalte nach Größen

— April 1991 —

Ein-Personen-Haushalte	11,85 Mio.	(33,6 v. H.)
Zwei-Personen-Haushalte	10,86 Mio.	(30,8 v. H.)
Drei-Personen-Haushalte	6,02 Mio.	(17,1 v. H.)
Vier-Personen-Haushalte	4,74 Mio.	(5,0 v. H.)
Fünf-und-mehr-Personen-Haushalte ..	1,78 Mio.	(5,0 v. H.)
Alle Haushalte	35,25 Mio.	(100 v. H.)

Quelle: Statistisches Bundesamt, 1993, 70

Nach regionalen Unterschieden unterteilt, läßt sich folgendes feststellen: Neben den neuen Bundesländern verfügen lediglich Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein über mehr Zwei-Personen-Haushalte als Ein-Personen-Haushalte. In allen anderen Bundesländern weist der Ein-Personen-Haushalt den höchsten Wert auf, wobei wiederum die Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen die Spitzenpositionen innehaben. Insgesamt bestätigt sich der **Trend zum Single-Haushalt** als dem dominierenden Haushaltstyp.

Im zeitlichen Rückblick zeigt sich, daß die **Entwicklung der Wohnfläche je Einwohner** seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 1988 einen nahezu ununterbrochenen Aufwärtstrend verzeich-

nete. Die Wohnfläche je Einwohner stieg in den alten Bundesländern von 14 qm im Jahr 1950 über 24 qm im Jahr 1970 auf gut 37 qm im Jahr 1988 und ist als Ergebnis des starken Bevölkerungszuwachses — von 1989 an um gut 3 Mio. Menschen — seither zum ersten Male leicht rückläufig. In den neuen Bundesländern liegen seit 1987 regelmäßige Erhebungen vor, und sie belegen eine langsame, aber stetige Zunahme der Wohnfläche je Einwohner von 26,7 qm (1987) auf 28,7 qm (1991). Der Durchschnittswert der gesamten Bundesrepublik schwankt seit 1987 relativ stabil um 35 qm. Regionale Betrachtungen belegen den bereits bei den Wohnungsgrößen beschriebenen Trend. Auch hier lagen 1991 die Flächenstaaten Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Bayern, Hessen, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg sowie das Saarland über dem Durchschnittswert, während die Stadtstaaten Hamburg und Berlin (insbesondere Berlin-Ost) leicht unterdurchschnittlich versorgt waren. Allerdings sind dort die Abweichungen aufgrund der gleichzeitig geringeren Haushaltsgrößen bedeutend kleiner. In den neuen Bundesländern gilt lediglich Mecklenburg-Vorpommern mit knapp 25 qm als unterdurchschnittlich versorgt (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 1993 b).

Die **prognostizierte Wohnflächenentwicklung** für die nächsten Jahrzehnte geht zunächst von einem insgesamt weiteren Anstieg der Wohnfläche je Einwohner aus. Das Institut PROGNOS ermittelt einen voraussichtlichen Durchschnittswert von 42 qm im Jahr 2010 in den alten Bundesländern und eine Zunahme auf 34 qm in den neuen Bundesländern (PROGNOS, 1993, 73f.). Die Entwicklungen in anderen Ländern der westlichen Welt bestätigen diesen Trend. In der Schweiz beträgt die Wohnfläche je Einwohner in den Städten nahezu 50 qm, in den USA sind es mittlerweile 60 qm je Einwohner (Pfeiffer, 1993, 22), wobei dort die Werte stärker gestreut sind.

In einer regional differenzierten Analyse werden besonders hohe Wohnflächen je Einwohner in den Umlandgemeinden der Städte für den Zeitraum von 2010 an prognostiziert (IES, 1993). In diesem Zusammenhang ist die Altersschichtung von wesentlicher Bedeutung. Im Altersverlauf kommt es vor allem zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr sowie im höheren Alter zur Ausdehnung der Wohnflächen nachfrage bzw. der -versorgung. Dies erklärt sich aus der Familiengründungsphase einerseits und durch die mit dem zunehmenden Alter verbundene Haushaltsverkleinerung andererseits. Die durchschnittlichen Wohnflächen je Person sowohl der Mieter- als auch der Eigentümerhaushalte liegen bei den über 60jährigen um durchschnittlich 8 qm (Mieter) bzw. 6 qm (Eigentümer) über denen der jüngeren Altersgruppen. Daraus ergibt sich — bei Fortschreibung des heute feststellbaren Verhaltens, Familienwohnungen auch im hohen Alter möglichst beizubehalten — aufgrund der absehbaren absoluten Zunahme der älteren Menschen allein bis zum Jahr 2000 eine Wohnflächenmehrnachfrage von etwa 15 Mio. qm. Dies entspricht in etwa einer Menge von 165 000 Wohnungen (LandesBauSparkasse Hannover, 1990, 25). Die regionale Schwerpunktentwicklung erklärt sich vor allem aus dem demographischen Effekt, daß das Umland der Kernstädte von einer starken

Zunahme der älteren Bevölkerung geprägt sein wird (BfLR, 1992, 854 ff.).

Mit der Zunahme der Lebenserwartung kommt es zugleich zu einer sich verändernden Altersstruktur. Die Zahl der 85jährigen und älteren wird sich in den nächsten vier Jahrzehnten mehr als verdoppeln. Innerhalb dieser Alterskohorte werden die Ein-Personen-Haushalte dominieren. Legt man zugrunde, daß ein beträchtlicher Teil der gewonnenen Lebenszeit in der eigenen Wohnung verbracht werden wird, so ergibt sich ein weiterer Mehrbedarf an Wohnraum bzw. Wohnfläche. Eine Erhöhung der Lebenserwartung wie in den letzten 30 Jahren um 0,23 Jahre je Kalenderjahr erhöht die Wohnungsnachfrage bei vollständiger längerer Verweildauer in der eigenen Wohnung um weitere 65 000 Wohnungen je Jahr (Börsch-Supan, o. J., 5).

Insgesamt läßt die demographische Entwicklung mittelfristig vermuten, daß ein zusätzlicher Bedarf an Wohnflächen und damit eine steigende Wohnungsnachfrage auf dem Hintergrund der aufgezeigten Entwicklungen der Haushaltsgrößen, des damit einhergehenden Trends zum Ein-Personen-Haushalt, der steigenden Lebenserwartung, der regionalen Bevölkerungsverteilung und der aufgezeigten Bevölkerungsentwicklung inkl. der Zuwanderung (vgl. Abschnitt 1.1.2) entsteht.

6.1.3 Eigentum und Eigentumsentwicklung

Im Hinblick auf die demographische Entwicklung kommt dem privaten Eigentum an Wohnraum in Zukunft eine wachsende Bedeutung zu. Mietfreies Wohnen im entschuldeten Wohneigentum ist traditionell eine tragende Säule der Absicherung für das Alter. Als Vorzüge des Wohneigentums gelten — neben der unmittelbaren Verfügungsgewalt und der im Vergleich zum gemieteten Wohnraum langfristig abnehmenden finanziellen Belastung — die Bildung von Vermögen für die eigene Person und zukünftige Generationen. Auch sind Eigentümer in der Regel eher bereit und in der Lage, Wohnraum an veränderte Bedingungen und Bedürfnisse z. B. des Alters anzupassen.

Die **Wohneigentumsquote** in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. auch Abschnitt 4.2.5) ist insgesamt eher als niedrig zu bezeichnen. In den alten Bundesländern beträgt der Anteil der Wohneigentümer knapp 40 v. H. aller Haushalte, in den neuen Bundesländern lediglich 26 v. H. (Wüstenrot, 1993, 22ff.). Deutliche regionale Unterschiede bestehen beim Eigentum zwischen den Flächenstaaten mit Spitzenwerten von über 50 v. H. (Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Saarland) und den Stadtstaaten Hamburg (19 v. H.) und Berlin (West: 14,4 v. H./Ost: 4,1 v. H.) sowie innerhalb der neuen Bundesländer. In Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen betragen die Quoten bereits über 33 v. H., während in Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern lediglich jeder fünfte Haushalt ein Eigentümerhaushalt ist (vgl. Wüstenrot, 1993, 22). Generell gilt, daß die Eigen-

tumsquote mit sinkender Einwohnerzahl der Ansiedlungen steigt und es weit mehr Eigenheime als Eigentumswohnungen gibt.

Im **europäischen Vergleich** weist die Bundesrepublik einen niedrigen Wert auf. Eigentumsquoten zwischen 50 und 70 v. H. sind die Regel, den Spitzenwert hält Spanien mit 85 v. H. In den USA beträgt die Eigentumsquote 64 v. H.

Tabelle 67

Wohnen unter dem eigenen Dach

— Stand: 1988 —

Land	von je 100 Haushalten wohnen im eigenen Haus oder in einer Eigentumswohnung
Spanien	85
Belgien	70
USA	64
Italien	62
Schweden	60
Großbritannien	60
Dänemark	57
Frankreich	55
Österreich	52
Niederlande	40
Deutschland (alte Bundesländer)	39
Schweiz	30
Deutschland (neue Bundesländer)	25

Quelle: Institut für Städtebau, Wohnungswirtschaft und Bauwesen, 1990.

Die Entwicklung der Eigentumsquote verzeichnete in den vergangenen Jahrzehnten in den alten Bundesländern nur einen mäßigen Anstieg. Ende der 60er Jahre betrug die Quote bereits 34 v. H. aller Haushalte. Von besonderem Interesse ist die **Altersschichtung der Eigentümer**. Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Zahlen des „Sozio-ökonomischen Panels“ (SOEP) von 1990 sowie auf Berechnungen des Institutes für Entwicklungsplanung und Strukturforschung Hannover anhand des Wohlfahrtssurveys von 1993 (Stolarz et al., 1992, 34 ff.; IES, 1993, 85). Überdurchschnittlich hohe Eigentümeranteile finden sich in den alten Bundesländern bei den 40–50jährigen mit über 56 v. H. und den 50–60jährigen mit knapp 63 v. H., während in der Population aller über 60jährigen 45 v. H. über Wohneigentum verfügen und die Quote mit zunehmendem Alter stetig abnimmt. In den neuen Bundesländern weichen die Eigentümerquoten der verschiedenen Altersgruppen, mit Ausnahme der 40–50jährigen (39,1 v. H.), nur unwesentlich von dem Durchschnittswert von 26 v. H. ab.

Prognostische Aussagen zur **zukünftigen Eigentumsentwicklung** sind aufgrund der Vielzahl der Einflußfaktoren schwer zu machen. Dennoch ergeben sich aufgrund einer Fortschreibung der Entwicklung sowie der absehbaren demographischen Veränderungen in Form von sinkenden Haushaltsgrößen bei zunehmender Zahl der Altenhaushalte günstige Voraussetzungen für eine höhere Eigentumsquote insgesamt. Neben dem Wohnbedarf spielt auch die Frage der Wohnbedürfnisse zukünftiger Generationen eine entscheidende Rolle (vgl. Abschnitt 6.3.1). Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, daß die Einkommensentwicklung für die Eigentumsbildung entscheidend ist.

Ein im Auftrag der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ angefertigtes Gutachten kommt bezüglich der **zukünftigen Eigentumsentwicklung** zu folgenden Trendaussagen:

Der Wunsch nach Wohnungseigentum und seine Verwirklichung nimmt im Lebenslauf zu. „Der Anteil derer, die ihre Altersphase im selbstgenutzten Wohneigentum verbringen können, steigt von Generation zu Generation.“ (IES, 1993, 116). Die Eltern der geburtenstarken Jahrgänge (= die heute 50–60jährigen) in den alten Bundesländern verfügen 1993 (Wissenschaftszentrum Sozialforschung Berlin, 1993) zu über 62,9 v. H. über Wohneigentum. Bei den 40–50jährigen lag der Anteil bei bereits 56,7 v. H., die geburtenstarken Jahrgänge der 1960–70 Geborenen sind zu 25,9 v. H. bereits Eigentümer. Ihre Eigentumsquote wird sich laut Prognose bis zu ihrem Eintritt in die Altersphase im Jahr 2030 auf etwa 73 v. H. erhöhen, was einen Anstieg um 10 v. H. gegenüber der eigenen Elterngeneration bedeutet (IES, 1993, 116).

In den neuen Bundesländern sind die Vergleichswerte niedriger. Immerhin verfügen dort knapp 40 v. H. der heute 40–50jährigen und bereits 20 v. H. der 25–35jährigen über Wohneigentum, während es bei den Generationen der über 50jährigen 32 v. H. sind. Hier wird ein Ansteigen der Eigentumsquote bei den geburtenstarken Jahrgängen der heute 25–35jährigen im Jahr 2030 auf über 40 v. H. angenommen.

Eigentum an selbstgenutztem Wohnraum meint heute vorrangig Hausbesitz. **Eigentumswohnungen** sind eine relativ junge Erscheinung auf dem Wohnungssektor. Entsprechend niedrig ist der Anteil (West: 5,7 v. H./Ost: 1,4 v. H.) der selbstnutzenden Eigentümer in Eigentumswohnungen. Ihr Anteil an der Eigentumsquote ist in den Großstädten naturgemäß größer und dürfte zukünftig aufgrund geringerer Baulandflächen in den Städten noch anwachsen. Eine Erhöhung der Eigentumsquote in den Städten wird somit zu einer Verschärfung der Probleme am Mietwohnungsmarkt führen, da mit dieser Form der Eigentumsbildung in der Regel kaum Sicker-effekte (Umzugsketten) verbunden sind und preiswerter Wohnraum in Altbaubeständen durch Modernisierung bei Umwandlung dann verlorengeht, wenn nicht die bereits zuvor zur Miete bewohnte Wohnung erworben wird.

In den **neuen Bundesländern** besteht aufgrund häufig noch ungeklärter Eigentumsverhältnisse eine beson-

dere Situation. Mehr als eine Million Westbürger haben Ansprüche auf Eigentum in den neuen Bundesländern angemeldet. Ungeklärte Rechtsverhältnisse führen in der Praxis bei dem für die neuen Bundesländer charakteristischen hohen Sanierungs- und Modernisierungsbedarf sowohl bei den potentiellen Eigentümern als auch bei den Mietern der betroffenen Wohnungen und Häuser zu Blockierungseffekten.

6.1.4 Regionale Entwicklungen und Bedarf

Ein wichtiger Faktor für den zukünftigen Bedarf an Wohnraum für Ältere ist die **regionale Bevölkerungszusammensetzung** (vgl. Kapitel 1 „Demographischer Wandel: Die Zahlen und ihre Entwicklung bis 2030“). Anzeichen sind hierbei neben der Altersschichtung die Tendenzen bei der Entwicklung der absoluten Einwohnerzahlen und der Einwohnerdichte. Die folgenden Zahlenwerte beziehen sich auf das Jahr 1991 (Statistisches Bundesamt, 1993, 50 ff.). Im internationalen Vergleich ist die Bundesrepublik Deutschland eines der dichter besiedelten Länder. Allgemein gilt, daß es in bezug auf die Veränderung der Einwohnerdichte ein Süd-Nord-Gefälle bei gleichzeitigem West-Ost-Gefälle gibt. Den dichtbesiedelten Großstadtgebieten des Westens und Südens stehen nach Norden und Osten hin immer dünner besiedelte Regionen gegenüber. Dieser Trend hat sich seit 1950 über mehr als 40 Jahre hinweg verstärkt. Neben den Stadtstaaten sind Nordrhein-Westfalen und das Saarland am dichtesten besiedelt, während in Baden-Württemberg die Zunahme der Bevölkerung am stärksten war. Am dünnsten besiedelt sind Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg (neue Bundesländer) sowie Niedersachsen und Schleswig-Holstein (alte Bundesländer). Betrachtet man die **absoluten Einwohnerzahlen**, so fällt auf, daß nahezu 50 v. H. der gesamten Einwohner in den drei Flächenstaaten Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen leben.

Die **zukünftige regionale Bevölkerungsentwicklung** ist besonders unter dem Aspekt der Wohnsitze zukünftiger Altengenerationen von Interesse. Eine regionale Bevölkerungsprognose für die Bundesrepublik liegt für den Zeitraum bis zum Jahr 2000 vor (BfLR, 1992; vgl. auch Abschnitt 1.1.2.). Zusammenfassend kommt die BfLR zu folgendem Ergebnis:

„Aufgrund der Außenwanderungen wird die Bevölkerungszahl wieder zunehmen. Zwischen Ost und West wird es bedeutende Umverteilungseffekte geben. Die neuen Länder sind von erheblichen Sterbeüberschüssen und Binnenwanderungsverlusten betroffen, die durch Außenwanderungsgewinne nur zum Teil kompensiert werden. Siedlungsstrukturelle Veränderungen treten im Westen kaum auf; im Osten werden Konzentrationstendenzen erwartet. Die Alterung ist ein gesamtdeutscher Trend. Er hat seine höchste Intensität im hochverdichteten Umland der west- und süddeutschen Agglomerationen (= Ballungsgebieten). Langfristige Modellrechnungen deuten darauf hin, daß

trotz weiterhin starker Außenwanderungsgewinne die Bevölkerungszahl in etwa 20 Jahren beginnen wird abzunehmen“. (BfLR, 1992, VI f.)

Obwohl die **Alterungsdynamik** regional unterschiedlich verläuft, wird für das Jahr 2000 ein großräumig homogener Altenanteil der 60jährigen und älteren von zwischen 23,1 und 24,0 v. H. prognostiziert. Damit erhöht sich der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung um 3 v. H. Am stärksten spürbar ist dieser Effekt in den hochverdichteten und verdichteten Landkreisen (Zunahme: 3,8 bzw. 3,6 v. H.), den ländlichen Kreisen (Zunahme: 4,3 v. H.) und den ländlich geprägten Regionen (Zunahme: 3,5 v. H.), am geringsten sind die Kernstädte betroffen (Zunahme: 1,6 v. H.) (BfLR, 1992, 854). Weiterführende Szenarien der BfLR für die Jahre 2010 und 2020 kommen zu dem Ergebnis, daß der Anteil der 60jährigen und älteren an der Gesamtbevölkerung je nach Grad der zugrundegelegten Annahmen zur Zuwanderung unterschiedlich stark zunimmt. Legt man die mittlere Variante „geringe Außenzuzüge“ zugrunde, so ergeben sich Bevölkerungsanteile der 60jährigen und älteren von 25,1 v. H. (2010) bzw. 28,2 v. H. (2020).

Eine nach Siedlungsräumen und Altersgruppen differenzierte Modellrechnung für den Zeitraum bis zum Jahr 2030, die im Auftrag der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ angefertigt wurde, beschreibt folgende wesentliche Entwicklungstrends (vgl. Tabelle 68):

Bis zum Jahr 2010 ergeben sich in der Querbetrachtung aller Siedlungstypen und der beiden untersuchten Altersgruppen (60—74jährige, über 75jährige) keine dramatischen Veränderungen in bezug auf die absoluten Zahlen und die Bevölkerungsanteile. Die stärksten Veränderungen zeigen sich bei der Altersgruppe der 60—74jährigen im Umland der Kernstädte der alten Bundesländer (Index = 145; der angegebene Index beschreibt das Verhältnis zum Vergleichsjahr 1990 = 100) und in den Kernstädten der neuen Bundesländer (Index = 140). Der Anteil der Altersgruppe der über 75jährigen nimmt besonders in den ländlichen Regionen mit heute junger Bevölkerung (Index = 125—135) und im Umland der Kernstädte (Index = 125) der alten Bundesländer zu.

In der Entwicklung hin zum Jahr 2030 zeigen sich die wesentlichsten Veränderungen gegenüber dem Vergleichsjahr 1990. Dies ist die Folge des dann langsamen Eintretens der geburtenstarken Jahrgänge in die Altersphase. Die Altersgruppe der 60—74jährigen weist dann in nahezu allen Siedlungstypen, besonders aber in den alten Bundesländern, starke Steigerungsraten an der Gesamtbevölkerung auf. Den größten Anteil wird sie in den Kernstädten mit bis zu 29 v. H. bilden, die größten Veränderungen erleben die ländlichen Regionen mit heute junger Bevölkerungsstruktur (Index = 180—220). Der Anteil der Altersgruppe der über 75jährigen variiert zwischen 8 und 11 v. H. an der jeweiligen Gesamtbevölkerung. In den alten Bundesländern wird es die stärksten Veränderungen im Umland der Kernstädte (Index = 162) und in den ländlichen Regionen mit heute junger Bevölkerungsstruktur (Index = 140—162) geben, in den neuen Bundesländern werden vor allem die Kernstädte (Index = 145) betroffen sein.

Prognose: Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung

— Angaben in v. H. —

Siedlungstyp	1990	2010			2030		
	Ältere insgesamt	60—74 Jahre	75 Jahre und älter	Ältere insgesamt	60—74 Jahre	75 Jahre und älter	Ältere insgesamt
Kernstädte							
alte Bundesländer (Index) ¹⁾	22—24	14—17 (110)	8—9 (98—103)	22—26	25—29 (175—180)	8—10 (100—110)	33—39
neue Bundesländer (Index)	19	17 (140)	7 (115)	24	19 (152)	9 (145)	28
Umland der Kernstädte							
alte Bundesländer (Index)	19	19 (145)	9 (125)	28	24 (163)	11 (162)	35
neue Bundesländer (Index)	19	16 (125)	7 (118)	23	21 (150)	9 (135)	30
Ländliche Regionen²⁾							
a) junge Bevölkerung (Index)	16—19	13—15 (125—130)	7—8 (125—135)	20—23	22 (180—220)	8 (140—162)	30
b) alte Bevölkerung (Index)	25—26	18 (105—115)	10 (100—110)	28	22—24 (118—130)	10—11 (95—102)	32—35

1) Der Index beschreibt das Verhältnis zum Vergleichsjahr 1990 = 100

2) Nur alte Bundesländer

Quelle: IES, 1993, 133—145; Tabelle: eigene Zusammenstellung.

Zu den ländlichen Regionen der neuen Bundesländer liegen keine Modellrechnungen vor, hier werden in den kommenden Jahren die Weichen für die weitere Bevölkerungsentwicklung gestellt werden. Es ist davon auszugehen, daß die Bereitschaft der jungen Bevölkerung, in den strukturschwachen ländlichen Regionen der neuen Bundesländer zu bleiben, primär von der wirtschaftlichen Entwicklung in den Regionen und der Attraktivität der Wohnstandorte abhängt.

Neben der Veränderung des Altersaufbaus der Gesellschaft beeinflußt das **Mobilitätsverhalten** die voraussichtliche Altersschichtung in den Regionen. Ein im Auftrag der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ erstelltes Gutachten (Friedrich, 1994), das die Altersgruppe der über 55jährigen untersucht, kommt zu folgenden Ergebnissen:

— Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung beteiligen sich ältere Menschen in den 90er Jahren unterdurchschnittlich am Wanderungsgeschehen (jährlich: 300 000; Quote: 8 v. H.).

— Seit den 70er Jahren nimmt die Entfernungsdistanz bei Wanderungen deutlich ab. Es dominiert der Umzug innerhalb der Bundesländer (innerhalb der Kreise und zwischen den Kreisen).

— Neben einer bestehenden Nord-Süd-Tendenz zeichnet sich ein beginnender Ost-West-Transfer ab.

— Ein Drittel der Umzügler wechselt in neue Haushaltskonstellationen, zwei Drittel sind nicht (mehr) verheiratet und Frauen.

— Die Wanderungsmotive weisen altersspezifische Eigentümlichkeiten auf: Wohneigentumsbildung und Umzug in die Wunschwohngegend (junge Alte), Mängel, Kündigung und Verteuerung sowie Partnerverlust (mittlere Altersgruppen) und gesundheitliche Einschränkungen und Nähe zu den Angehörigen (Hochaltrige). Weit über die Hälfte der Wanderungen sind begründet durch einen manifesten oder latenten Hilfebedarf, ein Viertel sind Heimübersiedlungen.

Obwohl die Altenwanderungen die regionale Altersentwicklung weniger stark beeinflussen werden als die Altersstruktur, spielen sie im kleinräumigen Differenzierungsprozeß beispielsweise als Folge der Stadt-Umland-Wanderungswelle der 60er und 70er Jahre eine Rolle (Friedrich, 1994, 63ff.). Die weiter oben dargestellten regionalen Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2030 werden durch die Ergebnisse zum Wanderungsverhalten Älterer gestützt.

6.2 Wohnsituation und demographische Entwicklung

6.2.1 Wohnungsausstattung und Bewertung der Standorte

Bei der Frage der **Wohnungsausstattung** im Zusammenhang mit den Anforderungen der sich verändernden Altersstruktur wurde in der Vergangenheit der Erforschung der Wohn- und Lebenssituation der älteren Menschen breite Aufmerksamkeit zuteil (Stolarz et al., 1992). Auch räumt die Sachverständigenkommission zur Erstellung des ersten Altenberichts der Bundesregierung in ihrem Bericht der Wohnsituation im Alter den gebührenden Raum ein. Insgesamt stellen die Autoren als Folge zunehmenden Wohlstands eine tendenzielle Angleichung der Wohnqualitäten der verschiedenen Altersgruppen in den alten Bundesländern (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 b, 162 ff.) fest. Eine Bestandsaufnahme kann sich im folgenden auf die Ergebnisse der Untersuchungen beschränken.

Die Analyseergebnisse bezüglich des **Wohnstandards alter Menschen** lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. Stolarz et al., 1992, 90 ff.):

- Es bestehen deutliche Unterschiede im Vergleich der neuen und alten Bundesländer bei der Grundausstattung (Bad, WC und Heizung) von Wohnungen. In den neuen Bundesländern sind die Mängel gravierend (Sanitärbereich) und es sind dort deutliche Benachteiligungen gegenüber jüngeren Altersgruppen feststellbar.
- Das Alter der von älteren Menschen bewohnten Gebäude ist im Durchschnitt in den neuen Bundesländern wesentlich höher als in den alten Bundesländern. Auch haben diese Haushalte eine deutlich schlechtere Grundausstattung.
- In den neuen Bundesländern sind die Wohnungen im Durchschnitt um ein Drittel kleiner als in den alten Bundesländern und als die Wohnungen jüngerer Haushalte mit gleicher Personenzahl.
- Die Eigentümerquote unterscheidet sich weniger stark als vermutet. Bei den Mietwohnungen dominiert in den neuen Bundesländern staatliches bzw. kommunales Eigentum.
- Als Problemgruppen erweisen sich übereinstimmend die Haushalte der älteren Alten sowie die meist weiblichen Ein-Personen-Haushalte.
- Der Wohnungsstandard weist sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern ein Nord-Süd-Gefälle auf, wobei in den alten Bundesländern die Unterschiede weniger gravierend sind.
- In den neuen Bundesländern besteht zudem ein Stadt-Land-Gefälle, das sich mit abnehmender Gemeindegröße verschärft.
- In den neuen Bundesländern leben zwei Drittel der älteren Menschen außerhalb der Ballungsgebiete, in den alten Bundesländern werden Kernstädte als Wohnstandorte bevorzugt (mit Trend zum Umland als Wohnstandort).

Aufgrund der jeweiligen Charakteristika der Wohnsituation in den alten und neuen Bundesländern ergeben sich **folgende Problemschwerpunkte** (Stolarz et al., 1992, 95 f.):

Alte Bundesländer:

- Wohnungen, die trotz guter Ausstattung und Größe nicht altersgerechten Ansprüchen genügen.
- Häufung von Wohnungsmängeln in einzelnen Problemgebieten und bei sozialen Problemgruppen.
- Wohnstandorte ohne altersgerechtes Umfeld (Erreichbarkeit, soziale Dienste, Dienstleistungsangebot).

Neue Bundesländer:

- Schwere Wohnungsmängel als Massenproblem.
- Durch städtebauliche Veränderungen gefährdete Wohnstandorte.
- Starke regionale Problemballung (Süden, ländliche Gebiete, Innenstädte) sowie bei speziellen Nutzergruppen (alte Eigentümer, Mieter privater Mietwohnungen, alte Alte).
- Fehlende Infrastruktureinrichtungen in den Wohngebieten.

Um die zukünftige Entwicklung der Wohnungsausstattung abzuschätzen und eine entsprechende Standortbewertung zu leisten, erscheint es sinnvoll, die **aktuelle Wohnsituation ausgewählter Altersgruppen im Generationenvergleich** näher zu betrachten. Bei aller gebotenen Vorsicht im Zusammenhang mit Prognosen können als mögliche Indikatoren neben der Wohnungsausstattung die Zahl der Wohnräume, Wohnungsgröße, Eigentumsquote, Gebäudetyp und Siedlungstyp herangezogen werden. Auf der Basis des Wohlfahrtssurveys 1993 ergibt sich zusammengefaßt folgende Wohnsituation (vgl. Tabelle 69):

Alte Bundesländer:

Die zukünftigen Altengenerationen der Jahre 2010 und 2020 (Geburtsjahrgänge 1935—1955) leben in überwiegend gut ausgestatteten, großen Wohnungen. Die Eigentumsquote ist überdurchschnittlich hoch. Es dominieren Ein- bis Zwei-Familienhäuser und kleinere Mehr-Parteienhäuser. Siedlungsschwerpunkte sind noch die Großstädte aber auch bereits die ländlichen und dörflichen Ansiedlungen. Diese Generationen werden 2020/2030 zu den Hochaltrigen zählen, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird 2030 zwischen 8 und 11 v. H. ausmachen.

Die geburtenstarken Jahrgänge, die im Jahr 2030 in die Altersphase eintreten werden, leben heute in überwiegend gut ausgestatteten (Zwei-Vier-Zimmer-) Wohnungen. Die Eigentumsquote ist noch unterdurchschnittlich, da der Zeitraum des Erwerbes noch nicht abgeschlossen ist, es dominieren kleinere Mehr-Parteienhäuser. Als Siedlungsschwerpunkte sind die Großstädte samt Vororte und (eingeschränkt) ländliche Kleinstädte und Dörfer zu nennen. Bei dieser Altersgruppe, die im Jahr 2030 entsprechend der Prognose (vgl. Tabelle 68) etwas mehr als ein Fünftel

Wohnsituation ausgewählter Altersgruppen im Vergleich neue und alte Bundesländer 1993

— Angaben in v. H. —

Geburtsjahr	alte Bundesländer			neue Bundesländer		
	1935 bis 1945	1946 bis 1955	1960 bis 1970	1935 bis 1945	1946 bis 1955	1960 bis 1970
Alter im Jahr 2010 =	65—75			65—75		
Alter im Jahr 2020 =	75—85	66—75		75—85	66—75	
Alter im Jahr 2030 =	85—95	76—85	60—70	85—95	76—85	60—70
Wohnungsausstattung						
— mit Küche	99,7	99,9	98,5	99,8	99,7	99,3
— mit Bad/Dusche	98,1	99,9	99,7	93,7	96,0	91,2
— mit eigener Toilette	99,2	99,9	99,2	90,0	90,9	85,5
— mit Zentralheizung	93,9	95,7	89,3	61,2	71,8	50,7
— mit Balkon/Terrasse	80,4	83,5	71,4	47,7	55,7	35,9
— mit eigenem Garten	67,3	64,5	45,8	50,5	54,5	31,7
Zahl der Wohnräume						
— Ein Zimmer	1,2	1,1	7,8	1,0	0,2	5,3
— Zwei Zimmer	6,7	5,6	18,8	12,3	6,6	26,5
— Drei Zimmer	29,7	24,3	39,1	49,4	44,1	47,3
— Vier Zimmer	31,5	24,1	20,9	27,3	33,3	18,8
— Fünf und mehr Zimmer	30,9	45,0	13,4	10,1	15,7	2,2
Wohnungsgröße in qm	105,0	112,1	81,9	73,7	78,6	62,6
Eigentumsquote	62,9	56,7	25,9	31,5	39,1	20,1
Gebäudetyp						
— Ein-, Zweifamilienhaus	52,3	46,9	22,1	30,1	39,7	17,8
— Haus bis zu 9 Parteien	35,4	40,9	54,2	39,1	27,1	52,0
— Haus über 9 Parteien	12,2	13,1	23,8	30,9	33,2	30,3
Siedlungstyp						
— Dorf, ländliche Umgebung	14,5	17,6	14,7	17,0	26,1	20,6
— Dorf in Stadtnähe	17,0	10,5	9,5	8,6	7,6	4,2
— Ländliche Kleinstadt	14,5	12,5	13,0	16,0	13,1	14,5
— Industrielle Kleinstadt	8,4	11,2	6,8	15,8	12,3	18,6
— Bis 100 000, ohne Industrie	9,7	8,8	8,0	11,8	10,5	10,9
— Bis 100 000, mit Industrie	6,6	6,6	6,8	3,4	2,6	1,1
— Großstadt	22,3	23,9	31,2	23,1	25,1	27,6
— Vorort einer Großstadt	7,0	9,0	10,0	4,2	2,7	2,5

Quelle: Wissenschaftszentrum Berlin, 1993, eigene Zusammenstellung.

der Gesamtbevölkerung ausmachen wird, wird der Standortwahl im Zusammenhang mit der Eigentumsbildung eine besondere Bedeutung für ihre zukünftige Wohnsituation zukommen.

Neue Bundesländer:

Die zukünftigen Altengenerationen der Jahre 2010 und 2020 (Geburtsjahrgänge 1935—1955) leben, verglichen mit ihren Altersgenossen in den alten Bundesländern, in schlechter ausgestatteten (Drei-Vier-Zimmer-)Wohnungen. Mängel treten vor allem in der Versorgung mit einer Zentralheizung und eigener Toilette auf. Wohnfläche und Eigentumsquote liegen deutlich unter den Werten in den alten Bundesländern. Eine nahezu gleichmäßige Verteilung findet sich bei den verschiedenen Gebäudetypen; Wohnstandorte sind vor allem die Großstädte sowie die Kleinstädte und die ländliche Umgebung.

Die Generation der 1960—70 Geborenen lebt in den neuen Bundesländern heute in den vergleichsweise am schlechtesten ausgestatteten Wohnungen. Nur 50 v. H. verfügen über eine Zentralheizung, in vielen Wohnungen fehlen Toilette bzw. Bad/Dusche. Die (Zwei-Drei-Zimmer-)Wohnungen sind im Schnitt deutlich kleiner, die Eigentumsquote ist niedrig (20,1 v. H.), wenn auch nicht wesentlich geringer als bei ihren Altersgenossen in den alten Bundesländern. Stärker noch als von ihrer Elterngeneration werden Großstadtvororte, industrielle Kleinstädte und Dörfer in Stadtnähe von den geburtenstarken Jahrgängen gemieden. Dominierender Gebäudetyp ist das Mehr-Parteienhaus. Bevorzugte Siedlungstypen sind die Großstädte, die Kleinstädte aber auch die ländliche Umgebung. Insgesamt ist die Wohnsituation dieser Altersgruppe mit der der entsprechenden Altersgruppe in den alten Bundesländern vergleichbar; die wesentlichen Unterschiede bestehen bei der schlechteren Wohnungsausstattung und der geringeren Wohnungsgröße. Unterschiede zu den alten Bundesländern gibt es auch bei den Ausgangsbedingungen bezüglich einer möglichen Wohneigentumsbildung dieser Altersgruppe in den 90er Jahren aufgrund der insgesamt schlechteren materiellen Ausstattung der Vergleichsgruppe in den neuen Bundesländern.

Besonders bedeutungsvoll für die Wohnsituation heutiger und zukünftiger Altengenerationen sind neben den Wohnungsausstattungen und den Wohnstandorten die soziale und familiale Situation mit den damit verbundenen Möglichkeiten der Kontakt- und Hilfenetze (vgl. Kapitel 2 „Familie und Soziales Umfeld“), die Einkommens- und Vermögensverhältnisse (vgl. Kapitel 4 „Materielle Situation“) sowie der Lebensstil und die damit verbundenen Werthaltungen und Wohnbedürfnisse (vgl. Abschnitt 6.3.1).

Die Wohnstandorte können aber nicht nur anhand der hier dargestellten Kriterien bewertet werden. Wie sich aufgrund der aktuellen Situation in den neuen Bundesländern leicht zeigen läßt, kommt der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung (vgl. Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“) eine besondere Bedeutung zu, wenn verhindert werden soll, daß die jüngeren Bevölkerungsgruppen abwandern und eine mate-

riell unterprivilegierte Landbevölkerung vorwiegend Älterer zurückbleibt.

6.2.2 Bestand und zukünftiger Bedarf an alter(n)sgerechten Wohnungen

Beim **altersgerechten Wohnen** handelt es sich um einen dynamischen Begriff, der nicht unabhängig von der jeweiligen Altenpopulation und ihren konkreten Lebensumständen, Bedürfnissen und Werten verstanden werden darf. Nahezu übereinstimmend wird deshalb in der Fachdiskussion ein bedürfnisorientierter Ansatz bevorzugt, der neben den individuellen Wohnbedürfnissen sowohl baulich-technische und architektonische als auch — zumeist quartierbezogen — städtebauliche und -planerische Ebenen (in unterschiedlicher Weise) mit einbezieht. Auch werden die Auswirkungen des strukturellen Wandels auf dem Arbeitsmarkt für die gegenwärtige und zukünftige Wahl der Wohnstandorte und des Wohnstandards diskutiert (vgl. Großhans, 1987).

Altersgerechtes Wohnen wird nicht gleichgesetzt mit behindertengerechtem Wohnen. Gleichwohl verändern sich die Anforderungen an Struktur und Ausstattung von Wohnungen und Wohnquartieren mit zunehmendem Alter der Bewohner (z. B. bei eingeschränktem Aktionsradius oder nachlassender physischer Leistungsfähigkeit).

Neuerdings wurde in der Diskussion der Begriff **alternsgerechtes Wohnen** eingebracht. Damit sind Wohnungen und Wohnformen gemeint, in denen man altern kann. Es ist mithin Wohnraum für vielfältige Nutzergruppen und Generationen, bis hin zu der Möglichkeit, in der Wohnung gepflegt zu werden.

Wohnbedürfnisse entstehen aus einem Mix von subjektiven, im Lebensverlauf entstandenen Ansprüchen und Werten, im biologischen und sozialen Alterungsprozeß neu entstehenden Erfordernissen und auch den materiellen Ausstattungen der jeweiligen Generationen älterer Menschen. Dies erfordert eine differenzierte Betrachtung verschiedener Gruppierungen älterer Menschen heute und in den nächsten Jahrzehnten (vgl. Abschnitt 6.3.1).

Weeber + Partner (Weeber + Partner, 1993, 15 ff.) identifizieren in ihrer für das Ministerium für Bauen und Wohnen des Landes Nordrhein-Westfalen angefertigten Studie folgende **Grundbedürfnisse** als Bewertungskriterien für alle Ansätze im Bereich Wohnen im Alter:

- Funktionsgerechtigkeit von Wohnung und Wohnumfeld,
- Sicherheit und Schutz,
- Beständigkeit und Vertrautheit,
- Privatheit und Intimität,
- Kontakt, Kommunikation und Zugehörigkeit,
- Anerkennung, Selbstdarstellung und Repräsentation,
- Selbstverwirklichung und Selbstgestaltung.

Ergänzend hierzu sind die Sicherung von Hilfe- und Betreuungsmöglichkeiten und die Bezahlbarkeit zu nennen (IES 1993, 10).

Eine Bestandsanalyse bezieht sich im folgenden zunächst auf **die herkömmlichen Wohnungen** und nicht auf die besonderen Einrichtungen oder Sonderwohnformen (vgl. Abschnitt 6.3.2). Heute leben 95 v. H. aller 65jährigen und älteren in herkömmlichen Privatwohnungen. Viele dieser Wohnungen sind aufgrund technisch-baulicher Ausstattungsmängel nicht ohne weiteres für das Wohnen im Alter geeignet. In den neuen Bundesländern fanden sich 1989 immerhin noch 600 000 Substandard-Wohnungen (= ohne vollständige Sanitärausstattung), davon 450 000 ohne Toilette. Rentnerhaushalte bewohnten insgesamt 1,2 Mio. „nicht-moderne“ Wohnungen. In den alten Bundesländern betrug die Zahl „nicht-moderner“ Wohnungen bei den Haushalten der 60jährigen und älteren 2,7 Mio. bei lediglich 500 000 Substandard-Wohnungen (vgl. Stolarz et al., 1992, 90 ff.). Wenn keine grundsätzlichen Gebäudemängel bestehen (fehlender Aufzug bei Mehrgeschoßgebäuden, fehlendes Innen-WC und/oder Bad), kann durch Wohnungsinstandsetzung und -anpassung ein alter(n)sgerechtes Wohnen in vielen Fällen relativ kurzfristig und mit einfachen Mitteln ermöglicht werden (vgl. Stolarz, 1986). Aufgrund einer uneinheitlichen Benutzung der Begriffe (bspw. unterscheiden die Wohnungsbauförderungsbestimmungen des Landes Nordrhein-Westfalen „altenfreundliche“, „altengerechte“ und „barrierefreie“ Wohnungen) und einer in den Ländern und Kommunen unterschiedlich gehandhabten Förderpraxis, lassen sich keine gesicherten Bestandsdaten über alter(n)sgerecht ausgestattete Wohnungen ermitteln. Allerdings kann aufgrund der Halbierung der Zahl der bereits genannten Substandard-Wohnungen in den alten Bundesländern zwischen 1982 und 1987 und der Intensivierung der Wohnberatung durch bundes-, landes- und kommunalpolitische Behörden (vgl. bspw. Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau, 1991 a und 1991 b; Ministerium für Stadtentwicklung, Wohnen und Verkehr des Landes Brandenburg, 1992; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 1993) ein insgesamt positiver Trend ausgemacht werden.

Beim Wohnungsneubau werden alter(n)sgerechte Wohnungen seit 1963 durch Bund und Länder gefördert. Bis 1987 konnten über 150 000 alter(n)sgerechte Wohnungen unterschiedlicher Ausstattungsqualität gefördert werden. Altenwohnungen sind abgeschlossene Kleinwohnungen mit einer alter(n)sgerechten Ausstattung, die eingestreut in gewachsene Stadtviertel oder massiert in größeren Altenwohnanlagen vorzufinden sind. Als Anforderungen an die Wohnungen sind neben der barrierefreien Ausstattung die Möglichkeit der Versorgung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu nennen (u. a. ausreichende Standflächen für ein Pflegebett, räumliche Voraussetzungen für die Benutzung von Sanitäreinrichtungen mit Hilfe von Pflegekräften). Häufig genügen diese Wohnungen auch den Ansprüchen behindertengerechten Wohnens. Im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus sind in den vergangenen Jahren eine Reihe alter(n)sgerechter Wohnanlagen, oftmals in Verbindung mit dem

Konzept des Betreuten Wohnens (vgl. Abschnitt 6.3.2), entstanden.

Die mit einem behindertengerechten Bauen verbundenen Mehrkosten beim Neubau lassen sich nach einer neueren Untersuchung differenziert bestimmen. Zusammengefaßt machen sie von 3,23 v. H. (Wohnungsausstattung) über 6—12 v. H. (Aufzug für zweivier-geschossige Gebäude) bis zu 17 v. H. (zusätzlicher Aufenthaltsraum) der Baukosten aus (Institut für Bauforschung, 1990, 8). Laut Wohnberatung der Stadt München werden insgesamt 5,8 v. H. der reinen Baukosten für barrierefreies Bauen veranschlagt (Süddeutsche Zeitung vom 19. 10. 1993).

Zukünftig wird der **Bedarf an alter(n)sgerechten Wohnungen** aufgrund der veränderten Altersschichtung der Gesellschaft sowie der erwarteten steigenden Lebenserwartung deutlich zunehmen. Dieser Bedarf muß nach Siedlungs- und Gebäudetypen regional differenziert untersucht werden. Entsprechend den bereits prognostizierten erwarteten Wohnstandorten der zukünftigen Altengenerationen (vgl. die Tabellen 68 und 69), werden folgende **Bedarfschwerpunkte für die nächsten Jahrzehnte** erwartet:

Bis 2010/2020:

- Große Ein- bis Zweifamilienhäuser und kleinere Mehr-Parteienhäuser vor allem im Umland der Kernstädte (alte Bundesländer)
- Großsiedlungen der 70er und 80er Jahre, Mehr-Familienhäuser (neue Bundesländer)
- Großstadtwohnungen (neue und alte Bundesländer)
- Wohnraum in ländlichen und dörflichen Ansiedlungen (alte Bundesländer) sowie kleinstädtischen und dörflichen Ansiedlungen (neue Bundesländer)

2030 und danach:

- Insgesamt ist die Aussagebasis (= jetziger Wohnstandort) zu schwach, um den voraussichtlichen Handlungsbedarf bei den Gebäude- und Siedlungstypen detailliert zu beschreiben. Es ist jedoch mit einer flächenmäßig gleichmäßigeren Verteilung der Altengeneration im Jahr 2030 zu rechnen. Tendenziell wird der Bedarf dann aufgrund des besonders hohen Anteils der älteren Bevölkerung in nahezu allen Siedlungs- und Gebäudetypen zunehmen. Der Bestand an alter(n)sgerechten Wohnungen im herkömmlichen Wohnbestand wird dann bereits einen wesentlich höheren Anteil ausmachen.

6.2.3 Bedarf für Sondergruppen

Mit der Veränderung der Alterszusammensetzung ist auch mit einem Anwachsen der Zahl derer zu rechnen, die in irgendeiner Weise eine körperliche Einschränkung erfahren. Nachlassende Seh-, Hör- und Bewegungsfähigkeit sowie das Geringerwerden der Muskelkraft und der Belastungsfähigkeit des Stützapparates bedeutet für viele ältere Menschen, daß sie in

ihrer gewohnten Umgebung nur noch eingeschränkt handlungsfähig sind. Eine Zunahme der **Behinderungen im Alter** ist somit natürlich und keineswegs mit Krankheit gleichzusetzen. Im Rahmen der Beschäftigung mit alter(n)sgerechten Wohnformen ist es somit erforderlich, sich auch dieser wachsenden Gruppe der Älteren zuzuwenden.

Die **Zahl der Schwerbehinderten** wird in der Bundesrepublik 1992 mit rund 5,31 Mio. angegeben, das sind 9 v. H. der Bevölkerung (Basis: alte Bundesländer). Männer und Frauen sind in etwa gleich stark betroffen (54:46), nahezu die Hälfte der Schwerbehinderten sind 65 Jahre oder älter (Statistisches Bundesamt, 1992, 213). Dabei handelt es sich jedoch lediglich um diejenigen Menschen, die einen Behinderungsgrad von mindestens 50 v. H. aufweisen und über einen gültigen Ausweis verfügen. Aufgrund einer fehlenden Meldepflicht gibt es keine exakten Daten über die leichteren Formen der Behinderung. Allerdings wird die Zahl der in ihrer Mobilität eingeschränkten Menschen auf etwa 10 Mio. (vgl. Deutscher Bundestag, 1993 a) geschätzt.

Im Zusammenhang mit den Integrationsbemühungen für Behinderte wurde in der Vergangenheit ein spezieller Wohnungsbau entwickelt. Grundlage dafür war 1972 die Einführung der DIN-Norm 18025, Blatt 1 mit dem Titel „Wohnungen für Schwerbehinderte/Rollstuhlbenutzer“, später ergänzt um Blatt 2 („Wohnungen für Blinde und wesentlich Sehbehinderte“). Eine überarbeitete Fassung wurde im Dezember 1992 unter dem Titel „Barrierefreie Wohnungen“, Blatt 1 (für Rollstuhlbenutzer) und 2 (Planungsgrundlagen) erlassen (VdK, Landesverband Baden-Württemberg, 1993) und bildet seither die Grundlage des behindertengerechten Bauens im Rahmen des sozialen Wohnungsbau nach dem II. Wohnungsbaugesetz.

Angesichts des oftmals fließenden Übergangs von alter(n)sgerechten zu behindertengerechten Wohnangeboten und der prognostizierten Zunahme der älteren Behinderten bzw. des Hinzukommens von Behinderungen im Alter, besonders bei den Hochbetagten, wird neuerdings die Übernahme der DIN 18025, Teil 2 als Grundlage für die Wohnungsbauförderungs- sowie die Altenwohnungsbestimmungen der Länder und generell für den sozialen Wohnungsbau angeregt (Weeber+Partner, 1993, 6). Der Vorteil wird dabei vor allem in der größeren Flexibilität und Einfachheit der Norm, ihrer Bedeutung als überregional anerkanntem Standard und ihrem Bekanntheitsgrad bei Bauherren, Architekten und Nutzern gesehen. Mit einer generellen Anwendung der Norm sinkt möglicherweise auch der materielle Mehraufwand durch die Standardisierung der Baupläne und der Produktangebote im Bereich der technischen und mechanischen Hilfen.

Durch den Einsatz moderner technischer Hilfsmittel können alters- und behinderungsbedingte Einschränkungen teilweise oder ganz ausgeglichen werden. Sie ermöglichen so einen längeren Verbleib in der eigenen Wohnung bei Aufrechterhaltung der selbständigen Lebensführung und können auch bei Betreuungs- und Pflegebedarf die Helfer wirkungsvoll entlasten.

6.2.4 Fördermöglichkeiten und -instrumente

Bei der Umsetzung des alter(n)sgerechten Wohnens müssen die verschiedenen Ebenen differenziert betrachtet werden. Der **Neubau von alten- und behindertengerechten Wohnungen** wird aus Mitteln des sozialen Wohnungsbaus, die Neuschaffung im Bestand wird durch steuerliche Abschreibungsmöglichkeiten gefördert (Förderung nach § 10h des Einkommensteuergesetzes). Die von den Bundesländern in eigener Zuständigkeit betriebene **Wohnungsbauförderung** ist in bezug auf die Schaffung alter(n)s- und behindertengerechten Wohnraums uneinheitlich geregelt. In elf Bundesländern (Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen) wird in den technischen Wohnungsbauförderungsbestimmungen ausdrücklich auf die DIN 18025, Teil 2 verwiesen (Deutscher Bundestag, 1993 c, 40). Im Land Brandenburg ist dies als weiteres Bundesland vorgesehen. Bei unterschiedlicher Verbindlichkeit gelten die Bestimmungen grundsätzlich für alle Sozialwohnungen, in Hessen, Thüringen und Niedersachsen zudem für alle von ihrer Lage geeigneten Erdgeschoßmietwohnungen. In drei Bundesländern werden in den Förderbestimmungen bestimmte Anforderungen an die alter(n)s- bzw. behindertengerechte Wohnraumgestaltung gestellt (Baden-Württemberg, Berlin und Sachsen). Im Saarland gibt es keine speziellen technischen Wohnungsbauförderungsbestimmungen. Eine direkte Einflußnahme des Bundes ist nicht möglich, jedoch hat der Bund im Zusammenhang mit der Gewährung von Bundesfinanzhilfen die Erwartung nach einer möglichst vordringlichen Wohnraumförderung für ältere Menschen und für Schwerbehinderte ausgesprochen (Deutscher Bundestag, 1993 b, 59).

Für den Bereich der **Wohnungsumbau- und Wohnungsanpassungsmaßnahmen** liegt die primäre Förderungszuständigkeit bei den verschiedenen Gebietskörperschaften. Zu nennen sind hier verschiedene Modernisierungsprogramme sowie zielgruppenspezifische Darlehensformen der Länder (z. B. für Schwerbehinderte), kommunale Anpassungs- und Modernisierungsprogramme von Landkreisen und Kommunen und die Unterstützung nach dem Bundessozialhilfegesetz durch die zuständigen Sozialämter der Kommunen. Im einzelnen handelt es sich um: §§ 39/40 BSHG (Eingliederungshilfe für Behinderte), §§ 68/69 BSHG (Hilfe zur Pflege), §§ 11 ff. BSHG (Hilfen zum Lebensunterhalt), § 75 BSHG (Altenhilfe). Die Förderung geschieht im Einzelfall unterschiedlich (Weeber+Partner, 1993, 38f.). Eine ausführliche Dokumentation der Anpassungsinitiativen verschiedener öffentlicher (Bund, Länder, Landkreise, Kommunen, Universitäten) und freier Träger (Wohlfahrtsverbände, Wohnungsbaugenossenschaften, Verbraucherberatungsstellen u. a.) in den alten Bundesländern hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe vorgelegt (Stolarz/Bottke, 1990).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die finanzielle Förderung des alter(n)sgerechten Wohnungsbaues sowie der Wohnungsanpassung nicht optimal gelöst ist, weil die Förderprogramme des

Bundes und der Länder immer nur für bestimmte Alters- und Einkommensgruppen, nur bei bestimmten Arten von Behinderungen, nur bei Altbauten, nur für Eigentümer usw. gelten. Zudem entstehen Finanzierungslücken aufgrund von Ausschlußkriterien einzelner Finanzierungsinstrumente. Ein weiteres Hindernis besteht häufig in der durch Zuständigkeitsregelungen verursachten Mischfinanzierungspraxis.

Abbildung 28

Standards des alter(n)sgerechten Wohnens:
<p>Bedürfnisgerechte Ausstattung und Lage durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> — bauliche Elemente (Bewegungsflächen, großzügiger Zuschnitt, Schwellenfreiheit, barrierefreier Zugang), geregelt in der DIN-Norm 18025, Teil 2 — technische Elemente (Kommunikationstechnik, Haushaltstechnik) — alter(n)sgerechte Wohnumfeldbedingungen (Versorgung, ÖPNV, Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten im Wohnbereich und im Quartier) <p>Möglichkeit des Verbleibs in der Wohnung bei auftretenden Problemen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> — wahlweise Inanspruchnahme dezentraler, flexibler Hilfeangebote — wahlweise ergänzende ambulante und teilstationäre Pflegedienste — allgemeine Hilfe- und Beratungsangebote (Hausmeister, ehrenamtliche/professionelle Helfer) <p>Finanzierbarkeit der Wohnung und der eventuell benötigten Dienstleistungen</p>

Alter(n)sgerechtes Wohnen ist in der Regel mit höheren laufenden Kosten (insbesondere für Mieter) verbunden. Neben der Förderung von alter(n)sgerechter Wohnraumschaffung und der materiellen und organisatorischen Unterstützung bei der Wohnungsanpassung kommt daher der Unterstützung einkommensschwacher älterer Menschen, die auf eine alter(n)s- bzw. behindertengerechte Wohnung angewiesen sind, im Rahmen der **Zahlung von Wohngeld** eine besondere Bedeutung zu. Obwohl die absolute Zahl wohngelderhaltender Altenhaushalte sich zwischen 1981 und 1990 um 40 v. H. verringert hat und ihr Anteil an den Gesamtempfängern nahezu halbiert werden konnte, stellen sie nach wie vor die größte Einzelgruppe unter den Wohngeldempfängern (Statistisches Bundesamt, 1991, 127) und für viele Altenhaushalte ist das Wohngeld eine wichtige Einkommens-

quelle. Insbesondere in den neuen Bundesländern ist der Anteil der Rentner an den Wohngeldempfängern als Folge der Mietpreisssteigerungen der vergangenen Jahre mit 50 v. H. im Jahr 1992 überdurchschnittlich hoch (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 b, 18 und 164 ff.). Insgesamt muß in den kommenden Jahrzehnten bezüglich der weiteren Entwicklung des Wohngeldbedarfs von einem weiteren Anstieg ausgegangen werden. Nach PROGNOSEN werden in den alten Bundesländern für das Jahr 2000 Wohngeldzahlungen in Höhe von knapp 10 Mrd. DM und für 2010 in Höhe von über 20 Mrd. DM erwartet. In den neuen Bundesländern hingegen rechnet PROGNOSEN von 1995 an (3,3 Mrd. DM) mit relativ stabilen Wohngeldzahlungen bis zum Jahr 2010 (3,7 Mrd. DM) (PROGNOS, 1993, 73 f.). Der zukünftige Wohngeldbedarf bei den Rentner- und Pensionärshaushalten kann nicht aufgrund einer Fortschreibung aus der Vergangenheit prognostiziert werden. Hier werden die Aspekte der zukünftigen Einkommensentwicklungen älterer Menschen entscheidend sein (vgl. Kapitel 4 „Materielle Situation“).

6.3 Wohnbedürfnisse und spezifische Altenwohnformen

6.3.1 Entwicklungen der Wohnbedürfnisse und des Wohnbedarfs im Generationenvergleich

Bei der Betrachtung des Wohnbedarfs zukünftiger Altengenerationen muß die Tatsache Beachtung finden, daß neben objektiven Faktoren, wie Bevölkerungsentwicklung, Altersschichtung, Haushaltsgröße und regionalen Entwicklungen, auch eher subjektiv geprägte Faktoren eine Rolle spielen. Im folgenden wird deshalb der Versuch unternommen, mögliche **Wohnbedürfnisse unterschiedlicher Generationen bzw. Kohorten** im Alter vergleichend darzustellen (vgl. IES, 1993, 59—122).

Wohnbedürfnisse entstehen und verändern sich im Lebenslauf. Sie erhalten ihre Ausprägung durch biographische Merkmale wie Bildungsgang, Familien-, Wohn- und Erwerbsbiographien, Alter und Behinderung aber auch durch Merkmale der jeweiligen Lebenslagen wie gesundheitliche Situation, private Kontakt- und Hilfenetze, Wohnerefahrungen und Wohnsituationen, Einkommens- und Vermögenslagen, Werthaltungen und Lebensstile, Familien- und Partnersituation oder Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Ausgehend von den bereits im Abschnitt 6.2.2 aufgeführten Grundbedürfnissen des alter(n)sgerechten Wohnens lassen sich Einflußfaktoren der Biographie und der Lebenssituation auf die Wohnbedürfnisse tabellarisch folgendermaßen zusammenfassen:

Tabelle 70

Einflüsse von Biographie und Lebenssituation auf Wohnbedürfnisse

Einflußvariable für die Ausprägung der Wohnbedürfnisse		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Merkmale der Biographie	Merkmale der Lebenssituation	Sicherung von Betreuungsmöglichkeiten	Sicherheit, Schutz, Funktionsgerechtigkeit	Eigenständigkeit, Selbstbestimmung, Kontinuität	Privatheit, Intimität, Ungestört-heit	Selbstdarstellung, Repräsentation	Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten	Bezahlbarkeit
Alter, Behinderung	Gesundheitssituation, Beweglichkeit	●	●	●	●		●	
	Partnersituation, soziale Wohnform	●	●	●	●		●	
Familienbiographie	Partnersituation, soziale Wohnform	●	●	●	●		●	
	private Kontakt- und Hilfenetze	●	●	●			●	
Bildungsgang	Werthaltungen und Lebensstil	●		●	●	●	●	
	gesellschaftliche Teilhabe			●	●	●	●	
Erwerbsbiographie	gesellschaftliche Teilhabe			●	●	●	●	
	Einkommens- und Vermögenssituation	●				●		●
	selbstgenutztes Wohneigentum							●
Wohnbiographie	selbstgenutztes Wohneigentum							●
	Wohnerfahrungen		●		●	●	●	
	Mobilität oder Sesshaftigkeit			●			●	
	Wohnsituation, bauliche Wohnform		●					

Quelle: IES, 1993, 70.

Als **Vergleichsgenerationen** werden die bereits dargestellten **Geburtsjahrgänge 1910—20** (= Großeltern- generation/heutige Altengeneration), **1935—45** (= Eltern- generation/nächste Altengeneration) **und 1960—70** (= geburtenstarke Jahrgänge/übernächste Altengeneration) untersucht. Vergleicht man die

Lebensläufe dieser Generationen bzw. Kohorten im jeweiligen historischen Kontext, ihre Lebenssituationen, Lebensstile und aktuellen Wohnbedürfnisse, so zeigen sich deutliche Unterschiede in nahezu allen Bereichen. Zusammengefaßt ergibt sich folgendes Bild:

Szenario: „Wohnbedürfnisse zukünftiger Altengenerationen“

Wohnbedürfnisse im Alter	1910—1920 Geborene (Großelterngeneration)	1935—1945 Geborene (Elterngeneration)	1960—1970 Geborene (Geburtenstarke Jahrgänge)
1. Sicherung von Hilfe- und Betreuungsmöglichkeiten	Lebenserwartung der Frauen deutlich höher als der Männer; W: 30 %, O: 41 % Alleinlebende sind ggf. auf Fremdhilfe angewiesen; Kinder zum größeren Teil erwerbstätig, daher Präferenz für außerfamiliale Betreuungsformen.	Lebenserwartung der Frauen noch höher als die der Männer; mehr gemeinsam alt werdende Paare; steigender Betreuungsbedarf durch Hochaltrigkeit; Zahl der familialen Kontakt- und Hilfeoptionen sinkt; Kinder überwiegend erwerbstätig; eher Präferenz für außerfamiliale Betreuungsformen; steigendes Interesse an Gruppenwohnformen.	Lebenserwartung von Männern und Frauen nähern sich an; mehr Partnerwohnen im Alter; Zahl der familialen Kontakt- und Hilfeoptionen sinkt weiter; Kinder in der Regel erwerbstätig, daher Präferenz für außerfamiliale Betreuungsformen; steigender Hilfebedarf durch steigende Lebenserwartung.
2. Funktionsgerechtigkeit, Sicherheit und Schutz	Wachsende Angst vor Einbrechern; Sicherheitsbedürfnis wächst.	Guter Wohnstandard; z. T. große Wohnungen; Sicherheitsbedürfnis hoch.	Hoher Wohnstandard; große Wohnungen; Sicherheitsbedürfnis hoch.
3. Eigenständigkeit, Selbstbestimmung und Kontinuität	W: 54 %, O: 32 % im Wohneigentum; geringe Umzugsbereitschaft im Alter; Wunsch sich möglichst lange selbst versorgen zu können, aber sehr geringer Anteil altengerechter Wohnungen.	W: 63 %, O: 32 % im Wohneigentum; Wunsch sich möglichst lange selbst versorgen zu können, aber geringer Anteil altengerechter Wohnungen; relativ gute finanzielle Situation im Alter, daher eher geringe Umzugsbereitschaft in der Altersphase.	W: ca. 73 %, O: ca. 40 % im Wohneigentum. Wunsch, sich möglichst lange selbst versorgen zu können; evtl. höherer Anteil altengerechter Wohnungen; Bindung an das Wohneigentum, da Überangebot an Wohneigentum und kein Eigennutzungsinteresse der Kinder; wieder geringere Mobilitätsbereitschaft.
4. Privatheit, Intimität und Ungestörtheit	Hohe Präferenz.	Hohe Präferenz.	Hohe Präferenz.
5. Selbstdarstellung und Repräsentativität	Geringe Präferenz; überwiegend bescheidene Wohnansprüche.	Gestiegene Wohnansprüche; Platzbedarf für Hobbys.	Hohe Wohnansprüche; Selbstverwirklichung auch im Wohnbereich; Platzbedarf für Hobbys.
6. Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten	Geringe Präferenz; relativ große Familienorientierung	Steigende Präferenz; Pflege außerfamilialer Netze; viele Reisen; z. T. Zweitwohnungen; relativ geringes Interesse an Nachbarschaftskontakten.	Steigende Präferenz; wachsendes Interesse an der Pflege außerfamilialer Netze im Rahmen von Freundschaften und Nachbarschaften?
7. Bezahlbarkeit	Bescheidene Wohnansprüche und finanzielle Leistungsfähigkeit meist im Gleichgewicht, aber in der Regel überschreiten die Pflegekosten die verfügbaren Einkünfte.	Gehobene Wohnansprüche und finanzielle Leistungsfähigkeit meist im Gleichgewicht; Pflegerisiko durch Pflegeversicherung abgedeckt.	Mehr Rentenanspruchsberechtigte, daher wahrscheinlich geringere Rentenhöhen und engerer finanzieller Spielraum; konsumorientierter Lebensstil; relativ hohe Wohnansprüche; großer Anteil im Wohneigentum; Pflegerisiko abgesichert?

W: = alte Bundesländer; O: = neue Bundesländer

Quelle: IES, 1993, 119/120.

Aus dem Generationen- bzw. Kohortenvergleich ergeben sich die **Wohnanforderungen jetziger und zukünftiger Altengenerationen**, die an drei Beispielen dargestellt werden sollen:

Die **1910—1920 Geborenen** benötigen aufgrund ihrer Familien- und Quartierpräferenz ein abgestuftes, flächendeckendes Angebot an alter(n)sgerechten und preiswerten Wohnformen in gemischten Quartierstrukturen mit ergänzenden Formen der Fremdbetreuung. Der Quartierausstattung mit Versorgungsangeboten und öffentlichem Personennahverkehr wird hohe Bedeutung beigemessen. Sanierungsbedarf in den neuen Bundesländern und z. T. zu groß gewordene Wohnungen in den alten Bundesländern kennzeichnen den Handlungsbedarf bei der Wohnungssituation.

Die **1935—1945 Geborenen** bevorzugen vermutlich hilfenahe Wohnformen, lehnen heimgeliebene oder heimähnliche Altenwohnformen eher ab und sollten aufgrund dünner werdender sozialer Netze verstärkt über Gemeinschafts- und Nachbarschaftswohnformen informiert werden. Alter(n)sgerechtes Wohnen findet primär in der eigenen, relativ gut ausgestatteten Wohnung statt, die heute dafür (möglicherweise in Absprache mit dem Vermieter) eigeninitiativ vorbereitet werden sollte. Informationen über quartierbezogene soziale Dienste und Serviceangebote aber auch über kleinräumige Wohnungstauschmöglichkeiten können ergänzend der Vorbereitung auf die Altersphase dienen.

Die Generation der **1960—1970 Geborenen** präferiert hilfenahe selbständige Wohnformen bei hoher Selbsthaftigkeit und hohen Ansprüchen an die Wohnqualität. Pflege und Ausbau der außerfamilialen Beziehungsnetze gewinnen an Bedeutung und müssen gefördert werden. Kleinräumig gemischte Wohnungsangebote in den Quartieren und eine flächendeckend altersgerechte Infrastruktur sollten den bis zum Jahr 2020 vermutlich insgesamt hohen Bestand an alter(n)sgerechten Wohnungen ergänzen.

6.3.2 Spezifische Wohnformen älterer Menschen

Der in der Vergangenheit sichtbare Gegensatz von privater eigener oder gemieteter Wohnung und institutionellen Wohnformen wie Altenwohnheim, Altenheim und Altenpflegeheim wird in der jüngeren Vergangenheit durch neuere spezifische Wohnformen ergänzt. Zu nennen sind hier insbesondere das Betreute Wohnen in speziell dafür ausgestatteten Wohnungen bzw. Wohnanlagen, das Integrierte Wohnen mit Anbindung an stadtteilbezogene Dienste, das Mehr-Generationenwohnen allgemein, Haus- und Wohngemeinschaften von älteren Menschen oder auch mehreren Altersgruppen und die sich von den institutionellen Einrichtungen bewußt unterscheidenden Senioren-Residenzen, Seniorenwohnanlagen, Wohnstifte u. ä.

Betreutes Wohnen: In seinem Kern verknüpft das Betreute Wohnen (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Baden-Württemberg, 1991; Kuratorium Deutsche Altershilfe,

1990 und 1993 a; Wüstenrot Stiftung Deutscher Eigenheimverein, 1993) die Möglichkeit zur Aufrechterhaltung einer weitestgehend selbständigen Lebensführung in der alter(n)sgerechten Wohnung mit dem Angebot eines bedarfsgerechten, frei wählbaren und zuverlässigen Betreuungs- und Pflegeservice rund um die Uhr. Ein optimales Betreuungsangebot umfaßt dabei die Bereiche Wohnen, Versorgung, die bedarfsweise Verfügbarkeit von Hilfe und Pflege, Therapie und Rehabilitation, Beratung, aber auch soziale Angebote. Zur Umsetzung des Betreuten Wohnens bedarf es einer Verbindung räumlich-institutioneller Angebote (geeignete Wohnungen, Pflegeangebot, teilstationäre Angebote, therapeutisch-rehabilitative Angebote) mit Dienstleistungsbereichen (hauswirtschaftliche Hilfe, Pflegedienste, Beratungs- und soziale Betreuungsangebote) und einer organisatorisch-administrativen Struktur (öffentliche und/oder freie Träger der Altenhilfe, Beratung, Management, evtl. Beteiligung ehrenamtlich Tätiger). Neben den besonderen baulich-architektonischen Ansprüchen an die Wohnung sind städtebauliche Anforderungen (Planung, Verkehr, soziale Infrastruktur, Wohnumfeldgestaltung) zu berücksichtigen (vgl. BfLR, 1993 b).

Aktuell kann von einer Zahl von etwa 60 bis 80 bekannten Modellen bzw. Einrichtungen des Betreuten Wohnens in der Bundesrepublik ausgegangen werden; etwa 0,5 v. H. der 65jährigen und älteren werden von diesen Angeboten erreicht. Zukünftig ist — aufgrund der sich verändernden Altersschichtung der Gesellschaft — mit einem steigenden Bedarf zu rechnen. Bereits heute übersteigt die Nachfrage nach Formen des Betreuten Wohnens zumeist das Angebot. Die Siedlungsschwerpunkte zukünftiger Altengenerationen lassen bis 2010 einen wachsenden Bedarf im Umland der Städte und bis 2030 in nahezu allen Siedlungstypen erwarten (vgl. die Abschnitte 6.1.4 und 6.2.2).

Ein besonderes Problem besteht in der finanziellen Förderung dieser Wohnform. Während in einigen europäischen Nachbarländern (Niederlande, Großbritannien, Dänemark) das Betreute Wohnen über Steuern oder Gesetze finanziert wird, gibt es lediglich im Landeswohnungsbauprogramm Baden-Württembergs seit 1989 spezielle Förderrichtlinien für unterschiedliche Finanzierungs- und Eigentumsformen. Eine Beschränkung auf eine Förderung im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus schränkt die Gruppe der potentiellen Nutzer ein.

Unter dem Aspekt der Bedürfnisgerechtigkeit kann das Betreute Wohnen je nach Versorgungsgrad und Serviceumfang als eine zukunftssträchtige innovative Wohnform angesehen werden (IES 1993, 18f.).

Integriertes Wohnen und Mehr-Generationenwohnen allgemein: Unter Integriertem Wohnen versteht man das stadtteilbezogene Zusammenleben von jungen und alten Menschen, Familien und Alleinstehenden in einer mit Gemeinschaftseinrichtungen verbundenen Wohnanlage, das auf die Aktivierung sozialer Netzwerke zielt. Nachdem bereits in den 70er Jahren in Holland und Dänemark erste Projekte dieser Art realisiert wurden, wurden diese in den 80er Jahren

Abbildung 29

Standards des Betreuten Wohnens
<p>1. Gemeinwesenorientierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Anknüpfen an vorhandene Strukturen (quartiernahe, zentrale Lage) — städtebauliche und infrastrukturelle Einbindung (Verkehr) — soziale Einbindung (Verwandtschaft, Nachbarschaft) <p>2. Struktur und Angebote:</p> <p>Räumlich-institutionelle Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> — geeignete Wohnungen (privat, zusammengefaßte Anlage oder Heim) — Pflegeangebote (durch Sozialstation, Pflegestützpunkt oder Heim) — teilstationäre Angebote (Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege) — therapeutisch-rehabilitative Angebote (Arztpraxis, Physiotherapeut) <p>Flexible Dienstleistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> — hauswirtschaftliche Hilfen — Pflegeleistungen (Grundpflege, Behandlungspflege, Kurzzeitpflege) — Beratung, Betreuung, soziale Angebote (Veranstaltungen) — therapeutische und rehabilitative Angebote <p>Personelle Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Anlaufstelle — Betreuungs- und Pflegepersonal — medizinisch-therapeutische Fachkräfte <p>3. Bauliche Anforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> — städtebauliche Anforderungen (Bauleitplanung, ressortübergreifende Fachplanung) — barrierefreie Straßen, Wege und Plätze (DIN 18024 I) — Öffentlich zugängliche Gebäude (DIN 18024 II) — barrierefreie Wohnungen (DIN 18025) — Küchen- und Naßräume (DIN 18022) <p>4. Planung — Organisation — Management — Wirtschaftlichkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> — volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse — betriebliche Organisation (Steuerung, Flexibilität, Krisenmanagement, Delegation von Aufgaben, psychosoziale Bedarfsdeckung, Qualitätssicherung, individuelle Leistungsberechnung) — Finanzierung (Investitionskosten, laufende Kosten)

Zusammenstellung nach: Wüstenrot Stiftung Deutscher Eigenheimverein e. V., 1993.

auch in der Bundesrepublik entwickelt — teilweise gefördert (vgl. BfLR, 1993 b) — und befinden sich aktuell in der Phase der Erprobung und vorläufigen Bewertung. Als positiv wird die frühzeitige Beteiligung der Bewohner und die Verknüpfung verschiedener ehrenamtlicher, halbprofessioneller und professioneller Dienste bewertet. Probleme entstehen besonders bei der Planungsumsetzung, der Finanzierbarkeit von Gemeinschaftseinrichtungen und der Wohnungsbelegung.

Als besonders große Projekte des Integrierten Wohnens, die dem Betreuten Wohnen stark ähneln, können die von einzelnen Wohnungsbaugesellschaften und einigen Wohnungsbaugenossenschaften in den letzten Jahren verwirklichten Modelle generationenübergreifender Nachbarschaften betrachtet werden, die einen hohen Grad an Bedürfnisgerechtigkeit im Sinne des alter(n)sgerechten Wohnens erreichen (IES, 1993, 24 ff.).

Das **Mehr-Generationenwohnen** (vgl. Bura/Kayser, 1992) zeichnet sich insgesamt durch eine große Vielfalt von konzeptionellen, organisatorischen und standortspezifischen Merkmalen aus. Sofern es sich dabei nicht um das traditionelle verwandtschaftliche Zusammenwohnen mehrerer Generationen in einer gemeinsamen Wohnung handelt, befindet es sich noch in der Entwicklungs- und Erprobungsphase. Generell bieten Mehr-Generationen-Wohnprojekte besonderen Personengruppen einen auf den jeweiligen Bedarf zugeschnittenen Wohnraum incl. der Wohnumgebung, wobei der soziale Kontakt und die nachbarschaftliche Einbindung der Bewohner ausdrücklich gewünscht werden. Dabei sind vor allem solche Formen bedürfnisgerecht, die das generationenübergreifende Wohnen unter einem Dach mit der eigenständigen, alter(n)sgerechten Wohnung verknüpfen (IES, 1993, 24).

Beim **generationenübergreifenden** Wohnen im Familienverband muß zwischen „echten“ (= gemeinsames Wohnen in einer Wohnung) und „unechten“ Mehr-Generationen-Haushalten unterschieden werden. Nimmt man die sozialen familialen Austauschbeziehungen zwischen den Generationen und die räumliche Entfernung als Kriterium, so lassen sich etwa 20 v. H. der Haushalte in den alten Bundesländern als „unechte“ Mehr-Generationen-Haushalte bezeichnen (Bertram, 1991, 31 f), bei denen ein Miteinander der Generationen unter Wahrung einer räumlichen Distanz (Mehr-Familienhaus, Nachbarschaft, Quartier) praktiziert wird. In den neuen Bundesländern lassen sich einerseits engere familiäre Netzwerke feststellen, zugleich nimmt die räumliche Distanz zwischen Eltern und Kindern zu. Die zukünftige Entwicklung und die damit verbundenen Perspektiven verwandtschaftlichen Mehr-Generationenwohnens können hier nicht ausführlich dargestellt werden. Allgemein läßt sich feststellen, daß sich mit der tendenziellen Verkleinerung familialer Netze die Unterstützungs- und Hilfpotentiale älterer Menschen weg von der Familie und hin zum professionellen Helfer verlagern.

Haus- und Wohngemeinschaften älterer Menschen: Altenwohngemeinschaften lassen sich als kollektive Wohnformen zumeist nicht miteinander verwandter

älterer Menschen in einer gemeinsamen Wohneinheit (Wohnung, Haus) definieren (vgl. Schachtner, 1989; Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau, 1991; Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1993; Schmidt, 1990), bei der diese entweder vollkommen selbständig zusammenleben oder auch von jüngeren professionellen Helfern im Rahmen der Altenhilfe betreut werden. Obwohl laut Umfragen die Zahl derer, die sich eine solche Wohnform im Alter durchaus vorstellen können, ansteigt, muß sie heute noch als Nischenform betrachtet werden. Erfahrungen in der Vergangenheit lassen sowohl ein mögliches Gelingen als auch ein mögliches Scheitern selbstorganisierter Altenwohn- und Altenhausgemeinschaften vermuten. Inwieweit zukünftige Altengenerationen aufgrund anderer Wohnbiographien und Wohnerefahrungen verstärkt für diese Wohnformen ansprechbar sein werden bzw. diese selbst organisieren werden, ist noch nicht absehbar. Überlegungen, die auf eine Unterstützung durch die Träger der Altenhilfe oder durch die Wohnungsbaugesellschaften sowie auf eine Verknüpfung mit den sozialen Diensten des Betreuten Wohnens zielen, lassen weiteren Handlungsbedarf erkennen, bevor eine abschließende Bewertung möglich erscheint.

Institutionelle Wohnformen wie Altenwohnheime, Altenheime, Altenpflegeheime (vgl. auch Kapitel 7.4.3): In stationären Einrichtungen der Altenhilfe leben derzeit in den alten Bundesländern etwa 4—5 v. H. aller alten Menschen. In der DDR waren es 1990 5 v. H. Nach dem Alter differenziert zeigt sich aber, daß mit wachsendem Alter der Anteil zunimmt, weil erst in den späten Lebensjahren eine Heimunterbringung gewünscht und vollzogen wird. Während von den 70—75jährigen nur etwa 1,5 v. H. im Heim leben, sind es bei den 80—85jährigen bereits 8,3 v. H. Von den mehr als 90jährigen ist fast jeder vierte ein Heimbewohner (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, zitiert in: IES, 1993, 32). Generell läßt sich sagen, daß die Wahrscheinlichkeit einer Heimunterbringung mit zunehmendem Lebensalter besonders für alleinstehende Frauen wächst und die durchschnittliche Verweildauer in Altenwohnheimen am höchsten und in Altenpflegeheimen am niedrigsten ist (Saup, 1993, 133—138).

Zweifelloos bedarf das Altenpflegeheim einer besonderen Betrachtung, da hier der Wohnaspekt eher einen untergeordneten Stellenwert hat. Die Umstände und die Qualität der Versorgung, der Betreuung und der ärztlichen Behandlung in dieser durch die hohen Anteile schwerkranker und dort auch sterbender Menschen hoch belasteten Institution sind gesondert zu betrachten und werden an anderer Stelle (vgl. Kapitel 7 „Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung“) ausführlich behandelt.

In Deutschland gab es Mitte 1992 insgesamt 8 181 Senioreneinrichtungen mit 660 048 Plätzen (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 1993 c). Davon befinden sich in den alten Bundesländern einschließlich Berlin 6 957 Heime mit 552 353 Plätzen und in den neuen Bundesländern 1 224 Heime mit 108 695 Plätzen. Von Interesse ist eine nach Einrichtungstyp und Durchschnittsgröße differenzierte Gesamtdarstellung (vgl. Tabelle 72).

Den geringsten Anteil machen die Plätze in den reinen Altenwohnheimen (7,9 v. H.) aus, während die Hälfte aller Einrichtungen mehrgliedrig sind und dabei hohe Anteile an Pflegeplätzen (59,0 v. H.) und geringe Anteile an reinen Altenwohnheimplätzen (9,5 v. H.) aufweisen. Allerdings gibt die formale Zuordnung der Plätze auf die verschiedenen Einrichtungstypen nicht unbedingt die reale Nutzung derselben wider. So ist der reale Anteil der Pflegeplätze wahrscheinlich höher als ausgewiesen. Die regionale Verteilung der verschiedenen Einrichtungstypen läßt am Beispiel Niedersachsens erkennen, daß mehrgliedrige Einrichtungen in den Kernstädten und den verdichteten Regionen dominieren, während in den ländlich geprägten Regionen das Altenpflegeheim den größten Anteil stellt und der im Landesdurchschnitt insgesamt geringe Anteil (8,3 v. H.) reiner Alten(wohn)heime dort auf bis zu 20 v. H. ansteigt (IES, 1993, 37).

Die gravierendsten Unterschiede lassen sich im Vergleich von neuen und alten Bundesländern beim **Ausstattungsstandard** ausmachen. Der erste Altenbericht der Bundesregierung beziffert die Zahl der nach

Tabelle 72

**Angebots- und Größenstruktur von Einrichtungen der Altenhilfe
in der Bundesrepublik Deutschland, 1992**

Art der Einrichtung	Anzahl der Plätze		Durchschnittsgröße	Anteil der AWH-Plätze	Anteil der AH-Plätze	Anteil der APH-Plätze ¹⁾
	absolut	in v. H.	Plätze	in v. H.	in v. H.	in v. H.
Altenwohnheime	666	7,9	78	100,0	0,0	0,0
Altenheime	2 097	19,4	61	0,0	100,0	0,0
Altenpflegeheime	2 164	22,7	69	0,0	0,0	100,0
Mehrgliedrige Einrichtungen	3 254	50,0	101	9,5	31,5	59,0
insgesamt	8 181	100,0	81	—	—	—

¹⁾ ohne Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen

Quelle: Bundesministerium für Familie und Senioren, 1992

Abbildung 30

Mindeststandard ausgestatteten Heime in den neuen Bundesländern auf lediglich 10 v. H. und die Zahl der eigentlich zu ersetzenden Plätze auf rund 85 000. Aktuell versucht die Bundesregierung durch Soforthilfeprogramme zur Beseitigung von Versorgungsmängeln, zur Instandsetzung und Modernisierung sowie zur Sanierung der baulichen Substanz der Einrichtungen eine weitestgehende Angleichung der Ausstattungsstandards in den neuen und den alten Bundesländern zu erreichen (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 b, 39).

Unter dem Aspekt der **Bedürfnisgerechtigkeit** verschiedener Ein-Generationen-Altenwohnformen erzielt das Altenwohnheim aufgrund einer eigenständigeren Lebensführung seiner Bewohner und seiner leichteren Finanzierbarkeit bei gleichzeitig guten Schutz-, Kontakt- und Betreuungsmöglichkeiten gegenüber den beiden anderen herkömmlichen Altenwohnformen die beste Bewertung (vgl. IES, 1993, 35). Dies steht jedoch dem geringen Anteil gegenüber, den das Altenwohnheim im Bereich der institutionellen Wohnformen erreicht. Pflegeheime und vor allem mehrgliedrige Einrichtungen stellen zusammen gut drei Viertel aller Heimplätze und dies dürfte sich auch zukünftig aufgrund der sich verändernden Altersstruktur der Gesamtbevölkerung (Hochaltrigkeit, Zunahme der Ein-Personen-Haushalte) nicht wesentlich ändern.

Den zukünftig größten Bedarf bzw. Bedarfsänderungen aufgrund der Siedlungsschwerpunkte der älteren Menschen (vgl. Abschnitt 6.1.4/Tabelle 68) werden im Jahr 2010 im Umland der Kernstädte und in den ländlichen Regionen mit heute junger Bevölkerung der alten Bundesländer prognostiziert, wobei der Gesamtanteil der 75jährigen und älteren regional schwankend zwischen 7 und 10 v. H. betragen wird. Für das Jahr 2030 und danach muß mit einem Anteil von zwischen 8 und 11 v. H. der 75jährigen und älteren an der Gesamtbevölkerung ausgegangen werden, wobei die größten Veränderungen gegenüber dem Vergleichsjahr (1990) gleichfalls im Umland der Kernstädte sowie in den ländlichen Regionen mit heute junger Bevölkerung der alten Bundesländer, aber auch in den Kernstädten der neuen Bundesländer prognostiziert werden.

Die absehbaren Wohnbedürfnisse zukünftiger Altagenerationen, wie sie in Abschnitt 6.3.1 bereits dargestellt wurden, lassen vermuten, daß Eigenständigkeit und Privatheit, Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten, ein hohes Ausstattungs- und Sicherheitsbedürfnis bei gleichzeitig steigendem Interesse an Gruppenwohnformen auch beim Wohnen in stationären Einrichtungen an Bedeutung gewinnen werden. Ob diese Entwicklung insgesamt mit einer besseren materiellen Grundausstattung der älteren Menschen zusammenfallen wird, hängt vor allem von den zukünftigen Entwicklungen in den Bereichen des Arbeitsmarktes, der Beschäftigung und der sozialen Sicherungssysteme ab (vgl. Kapitel 3 „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“ und Kapitel 4 „Materielle Situation“).

In den letzten Jahren haben sich im stationären Altenhilfebereich konzeptionelle Neuorientierungen ergeben, die vor allem den Pflegebereich betreffen.

Standards des modernen institutionellen Wohnens

1. Traditionelle Altenheime und Altenwohnheime:

- Weiterentwicklung im Sinne des Betreuten Wohnens (vgl. Abbildung 29)
- Angegliederte Service- und Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationsmöglichkeiten

2. Pflegeheime:

Lage, Ausstattung und Versorgung:

- ortsnah, gemeinwesenorientiert, möglichst dezentral
- barrierefreier Zugang und Innengestaltung
- ausreichend große Ein-Bett-Zimmer als Regel (incl. Sanitärräume)
- Zwei-Bett-Zimmer für eventuelle Nachfrager (Ehepaare/Paare)
- wohnlicher Charakter zur Förderung der Privatheit (incl. Wohnumfeld)
- Aktivierung der Bewohner im Wohn- und Gemeinschaftsbereich
- diskretes Angebot der technischen Versorgung
- möglichst normaler Tagesablauf
- ausreichend qualifiziertes Personal

Planerisch-organisatorische Voraussetzungen:

- kleinräumliche Sozialplanung
- ausreichende Finanzierung und Fördermöglichkeiten
- qualifiziertes (Leistungs-)Management
- Fortbildung des Personals
- langfristige Zielplanung

In Anlehnung an: Rückert, 1991; Weeber + Partner, 1993

Nach den „Verwahrnstanalten“ (erste Generation) und „Krankenhäusern“ (zweite Generation) ist eine neue Pflegeheimgeneration entstanden: Das „Heim der Zukunft“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe, zitiert in: IES, 1993, 37 ff.) soll keine Sonderform des Krankenhauses, sondern eine an Normalstandards orientierte Wohnform mit besonderer individuell angepaßter Betreuung bei gleichzeitigem Wohnortbezug (Gemeinwesenorientierung) und einer Größe sein, die sowohl Wirtschaftlichkeit für den Träger als auch Überschaubarkeit für den Bewohner erlaubt. Daß solche Einrichtungen unter Kostenaspekten nicht teurer sein müssen als herkömmliche Altenpflegeeinrichtungen, hat eine Untersuchung über die „Kleeblatt“-Pflegeheime im Landkreis Ludwigsburg nachgewiesen (Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung, 1993, 4).

Zu den stationär untergebrachten Menschen sind außerdem die in den 2215 Behindertenheimen lebenden Älteren hinzuzurechnen. Der Anteil der 60jährigen und älteren Bewohner in diesen Einrichtungen kann heute nur geschätzt werden, da die Heimstatistik keine altersspezifischen Angaben zu dieser Personengruppe enthält. Aktuelle Untersuchungen in

einzelnen Einrichtungen lassen einen Anteil von bis zu 14 v. H. (= bis zu 16500 Personen) vermuten. Erhebungen aus anderen europäischen Ländern (Niederlande, Schweden) lassen parallel zur übrigen Bevölkerungsentwicklung — aufgrund deutlich steigender Lebenserwartung behinderter Menschen — zukünftig einen entsprechend höheren Anteil älterer Behindertener auch in Heimen erwarten (Hoffmann, 1992, 19), was einen Handlungsbedarf in Richtung auf mehr Wohnplätze auch für ältere Behinderte anzeigt.

Senioren-Residenzen, Seniorenwohnanlagen, Wohnstifte u. ä.: In den vergangenen Jahren hat sich ein neuer Einrichtungstyp im frei finanzierten Miet- bzw. Eigentumswohnungs- und Heimbau entwickelt. Im Kern handelt es sich dabei um privatfinanzierte Seniorenwohnanlagen mit Betreuungsangeboten, die entweder zur Miete bzw. als Eigentumswohnung bewohnt oder als Kapitalanlage mit der Berechtigung zur bevorzugten Nutzung angeboten werden. Dabei wird in der Regel das eigenständige Wohnen mit Dienstleistungsangeboten verbunden, wobei hier häufig ein kombinierter Wohn- und Betreuungsvertrag abgeschlossen wird, der bestimmte Betreuungsleistungen pauschal abdeckt. Bei sogenannten Wohnstiften wird dieses Leistungspaket durch Verpflegung und Reinigungsleistungen ergänzt, Gemeinschaftsräume und exklusive Zusatzangebote runden häufig die Angebotspalette ab (vgl. LandesBauSparkasse Hannover, 1992). Ergänzend zu diesen Formen des Ein-Generationen-Altenwohnens gibt es genossenschaftliche und auch private Mehr-Generationen-Wohnanlagen mit wahlweisen Betreuungsangeboten.

Wie sich die zukünftige Nachfrage nach solchen — eher exklusiven und damit nicht für jeden älteren Menschen erschwinglichen — Wohnformen entwickeln wird, ist z. Zt. schwer abzuschätzen. Möglicherweise wird die Gruppe potentieller Nachfrager aufgrund einer besseren materiellen Ausstattung eines wachsenden Teils zukünftiger Altengenerationen größer werden.

6.3.3 Neue Wohnformen und Wohnmodelle im europäischen Ausland

Ein Blick über die Grenzen hin zu den europäischen Nachbarn der Bundesrepublik Deutschland, die zukünftig eine ähnliche demographische Entwicklung erleben werden, zeigt die vielfältigen Möglichkeiten, die sich im Zusammenhang der Entwicklung neuer Wohnformen und Wohnmodelle eröffnen (vgl. Brech/Potter, 1991; Brasse et al., 1993; Evang. Akademie Loccum, 1993). Neben den skandinavischen Ländern Dänemark und Schweden können vor allem die Niederlande auf eine lange Tradition in der Entwicklung alter(n)sgerichteter Wohnformen zurückblicken. Neuere Ansätze entstehen zur Zeit auch in Österreich (kleine, dezentral betreute gemeinschaftliche Wohnanlagen), in der Schweiz (kleine Wohneinheiten für Pflegebedürftige) und in Frankreich (Unterbringung Älterer in Gastfamilien, zeitweise stationäre Unter-

bringung, Wohngemeinschaften mit einer mitwohnenden Haushaltshilfe), während in Großbritannien der Wohnungsanpassung und der Förderung des Verbleibens in der eigenen Wohnung („Staying Put“, „Care and repair“) neben den individuell zugeschnittenen Sozialdiensten („case management“) größere Bedeutung zukommt.

Dabei sind die rechtlichen und administrativen Voraussetzungen in den aufgeführten europäischen Nachbarländern bezüglich Renten- und Versorgungssystemen einerseits und den Feldern der Wohnungs- und Sozialpolitik andererseits durchaus unterschiedlich. Als Besonderheit darf neben den bereits erwähnten Finanzierungsmodellen des Betreuten Wohnens das dänische Gesetz zur Abschaffung von Heimplätzen aus dem Jahr 1988 betrachtet werden, das einen Mindeststandard für Wohneinheiten definiert und darüber hinaus eine diesen Standards gemäße Umwandlung stationärer Wohnformen vorsieht (Brech/Potter, 1991, 82). Ergänzend ist eine grundsätzliche Trennung zwischen Institutionen, die Wohnungsversorgung gewähren und den sozialen Dienstleistern beabsichtigt, um eine kostenintensive Überversorgung zu vermeiden.

In Schweden werden Wohnungsanpassungs-, Modernisierungs- und Sanierungsmaßnahmen unter der Maßgabe räumlich-technischer Mindestausstattung vom Staat gefördert, während die soziale Fürsorge von den Städten und Gemeinden und die medizinische Versorgung von den Regionen geleistet wird.

Zusammenfassend lassen sich die **Prinzipien der dänischen Wohnanlagen für Jung und Alt und der schwedischen Wohnsiedlungspolitik** folgendermaßen beschreiben:

„Die soziale Ordnungspolitik in Dänemark und Schweden betont das Recht der älteren Menschen auf soziale Integration, personale Identität, individuell zugeschnittene Hilfeleistungen und ganzheitliche Beratung mit den folgenden Zielsetzungen:

- Das Altern soll keinen Einbruch in den gewohnten Lebensstil mit sich bringen.
- Der alte Mensch soll seine Entscheidungsgewalt behalten.
- Seine Selbsthilfepotentiale in Familie, Nachbarschaft und Umfeld werden berücksichtigt und aktiv einbezogen.
- Diese sozialen Netzwerke werden unterstützt und gefördert.
- Ambulante häusliche und medizinisch-pflegerische Dienste sind verbrieftes Recht und in den Kommunen flächendeckend organisiert.
- Wohnungsnahe, teilstationäre Versorgungseinrichtungen und Tageszentren, betreutes Altenwohnen in normalen Wohnhäusern und speziellen Servivehäusern haben Vorrang vor stationärer Unterbringung.“ (Brasse et al., 1993, 19).

In den **Niederlanden** wird als Konsequenz des hohen Anteils von in Sonderwohnformen lebenden Menschen (20 v. H.) gemäß den Empfehlungen der regierungsamtlichen „Dekker-Kommission“ versucht, eine schrittweise (Rück-)Verlagerung („Substitution“) von

institutioneller zu häuslicher Pflege, von Krankenhäusern zu Pflegeheimen, von Pflegeheimen zu Altenheimen, von professioneller zu informeller Pflege zu erreichen. Der Ausbau der ambulanten Versorgungsdienste und der häuslichen Krankenpflege in Verbindung mit einer verstärkten Nutzerorientierung, besseren Beratungs- und Koordinierungsleistungen sowie der Einbeziehung informeller (ehrenamtlicher) Dienste bilden den Rahmen einer Wohnungspolitik für ältere Menschen, die insgesamt zu mehr Flexibilität und individuell zugeschnittenen Versorgungsleistungen im häuslichen Rahmen tendiert. Die Bandbreite der Wohnformen reicht hierbei von mit Servicezentren ausgestatteten großflächigen Siedlungsprojekten der Wohnungsbaugesellschaften bzw. -genossenschaften über betreutes Altenwohnen in Altenzentren bis hin zu an häusliche und pflegerische Dienste angekoppelten selbstorganisierten Altenwohnengemeinschaften.

6.4 Wohnumfeld und Wohnumwelt

Zur Erfüllung der Anforderungskriterien für ein modernes bedarfsgerechtes Wohnen im Alter ist nicht nur die Wohnung an sich, sondern auch die Wohnumwelt und das Wohnumfeld zu gestalten. Zur besseren Unterscheidung wird die Wohnumwelt als der umfassendere Begriff verstanden, der neben baulich-technischen und ökologischen Bedingungen auch infrastrukturelle Qualitäten und soziale Strukturen umfaßt. In der Fachdiskussion hat sich aber zugleich eine ähnlich umfassende Verwendung des Begriffes Wohnumfeld im Zusammenhang mit der näheren Wohnungsumgebung (Haus, Straße, Quartier, Stadtteil) etabliert, was im folgenden aufgegriffen wird.

6.4.1 Unmittelbares Wohnumfeld (Haus, Straße, Quartier, Stadtteil)

Das Wohnumfeld beginnt bei der Wohnungstür, gliedert sich auf in halbprivate, halböffentliche und öffentliche räumliche und soziale Bereiche und läßt sich als ganzheitliches Feld sozialer Kontakte beschreiben, die sowohl nachbarschaftliches Verhalten als auch informelle und institutionalisierte Organisationsstrukturen umfassen (Großhans, 1989, 43). Die Wohnumfeldbedingungen des alter(n)s gerechten Wohnens unterscheiden sich prinzipiell nicht von denen eines allgemein menschengerechten Wohnens, wenn auch die Bedeutung des Wohnumfeldes und seiner Qualität mit dem höheren Lebensalter zunimmt. Zum Beispiel wandeln sich die Verfügbarkeit von (Frei-)Zeit, von Einkommen, von sozialen Kontakten, aber auch die Mobilität (z. B. durch Behinderungen) und damit der persönliche Aktionsradius eines alternden Menschen. Wohnumfeldbedingungen prägen nicht nur entscheidend die Lebensbedingungen der älteren Menschen, sondern bestimmen auch das Zusammenleben der Generationen. So betont auch der Bericht der Deutschen Nationalkommission für das Internationale Jahr der Familie 1994

die besondere Bedeutung humaner Wohnumfeldbedingungen (z. B. im Sinne der Barrierefreiheit) für verschiedene Altersgruppen und auch für Behinderte (Deutsche Nationalkommission für das Internationale Jahr der Familie, 1994, 29 f.). Gerade familiengerechte Wohn-, Siedlungs- und Wohnumfeldbedingungen werden angesichts des demographischen Wandels umso bedeutungsvoller je mehr sie unter anderem als eine Bedingung für die Entscheidung vieler heute junger Menschen für bzw. gegen eine Familiengründung erachtet werden müssen. „Wohnungs- und Städtebaupolitik zugunsten von Familien implizieren aber immer auch die Frage nach der qualitativen Wohnungsversorgung, d. h. es sind tragfähige Vorstellungen und Leitbilder zum familialen Wohnen gefordert“ (Deutsche Nationalkommission für das Internationale Jahr der Familie, 1994, 33).

Städtebauliche Elemente, wie sie in südlichen Ländern und einigen Gemeinden in der Bundesrepublik (Wasserburg, Rosenheim, Freudenstadt) bereits zu finden sind, können beispielgebend für eine gelungene Wohnumfeldgestaltung angeführt werden. Regen- und Sonnenschutz durch Kolonaden, Arkaden, Glasgalerien, Passagen und die ausreichende Ausstattung öffentlicher Räume mit leicht zugänglichen Toiletten erweitern den wetterunabhängigen Bewegungsraum und erhöhen die Qualität des Wohnumfeldes nicht nur für ältere Menschen.

Die siedlungsspezifische Wohnqualität für Ältere war gleichfalls Gegenstand des von der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ in Auftrag gegebenen Gutachtens „Entwicklung des Wohnens und Wohnumfeldes älterer Menschen bis zum Jahr 2030“. Anknüpfend an die Ergebnisse des Forschungsfeldes „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier“ (BfLR, 1993 b) konnten die idealtypischen Wohnumfeldbedingungen zur Wohnbedürfnisbefriedigung älterer Menschen zusammenfassend ermittelt werden (vgl. Abb. 31).

Maßnahmen zur Verbesserung und Ergänzung des Wohnumfeldes im Interesse älterer Menschen sollten infolge unterschiedlicher individueller bzw. haushaltsspezifischer räumlicher und zeitlicher Handlungsspielräume der Menschen allgemein vor allem darauf zielen,

- die Selbständigkeit zu sichern/zu verlängern,
- belastende Umwelteinflüsse zu beseitigen, zu mildern,
- Kompensation sozialer/baulich fixierter Ungleichheiten zu bieten,
- eine ungewollte Mobilität (= Verdrängung) zu verhindern,
- die Mischung der Generationen zu sichern/zu verbessern,
- das hilfeaktive Zusammenwohnen zu stärken,
- ein Mindestangebot öffentlicher Infrastruktur bereitzustellen,
- den Aufbau sozialer Netze und Initiativen zu fördern,
- die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Älteren nicht zu überfordern (Großhans, 1992, 8).

Abbildung 31

**Idealtypische Wohnumfeldbedingungen zur Erfüllung der Wohnbedürfnisse
alter und behinderter Menschen**

Wohnbedürfnis	Wohnumfeldbedingungen
Sicherung von Betreuungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> — generationengemischte Quartiersstruktur — intakte familiale/nachbarschaftliche Netze — Verknüpfung von formellen und informellen Hilfen — quartiersbezogene, koordinierte und vernetzte Versorgung mit sozialen Diensten („Verbundsystem“) z. B. durch Einrichtung von stadt- oder ortsteilbezogenen Koordinationsstellen für die Altenhilfe („Seniorenladen“)
Sicherheit, Schutz, Funktionsgerechtigkeit	<ul style="list-style-type: none"> — sichere und barrierefreie Verkehrswege (sichere Fußwege, ampegesicherte Übergänge, abgesenkte Bordsteinkanten für Rollstuhlfahrer, Aufzüge an U- und S-Bahnhaltestellen, rollstuhlgerechte Rampen, Telefonzellen, Beleuchtung etc.) — geringe Emmissionsbelastung (z. B. reduzierter Verkehrs- und Gewerbelärm, Abgase)
Eigenständigkeit, Selbstbestimmung, Kontinuität	<ul style="list-style-type: none"> — intakte Versorgungsinfrastruktur im Wohnquartier: Geschäfte, öffentliche Einrichtungen, Kultur-, Bildungs- und Freizeitangebote, öffentliche Verkehrsmittel in erreichbarer Nähe
Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> — Gemeinwesenbezug des Wohnstandorts: Integration in das städtische oder dörfliche Leben, Erhalt oder Förderung sozialer Kontakte — Freizeitheim, Vereinsheim, Gemeindehaus, (Alten-)Begegnungsstätte — nahegelegene Grünflächen mit Bänken und spiel- und gesprächfördernden Freiräumen

Quelle: IES, 1993, 46

Dabei wird angeraten, den professionellen Sachverstand bei baulichen, sozialen und organisatorischen Aktivitäten mit den Selbsthilfe- und Partizipationsmöglichkeiten verschiedener Generationen zu verknüpfen und dauerhafte Förderinstrumente zu entwickeln bzw. zu mobilisieren.

6.4.2 Unterschiede zwischen Stadt, Umland der Städte und Land

Betrachtet man die **Wohnqualität für Ältere** (und Behinderte) in Wohnung und Siedlung insbesondere unter den Aspekten der Infrastruktureinrichtungen, des Verkehrs, der Gestaltung des öffentlichen Raumes sowie des jeweiligen Natur- und Grünbezuges, so unterscheiden sich die im Forschungsfeld „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier“ der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (BfLR) untersuchten Quartierstypen in den alten Bundesländern im Hinblick auf ihre Eignung zur Erfüllung der Wohnbedürfnisse älterer Menschen nicht nur aufgrund der jeweils vorherrschenden Bebauungstypen, sondern auch hinsichtlich des Vorhandenseins von sozialen Netzwerken, Versorgungseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und öffentlichen Verkehrsmitteln.

Die Ergebnisse des experimentellen Wohnungs- und Städtebaues (EXWOST) der BfLR mit den drei städtebaulichen Themenschwerpunkten

- Ältere Menschen in innerstädtischen Altbauquartieren
- Ältere Menschen in Wohnsiedlungen
- Ältere Menschen auf dem Land und im Umland von Städten

lassen sich folgendermaßen zusammenfassen (BfLR zitiert in IES, 1993, 48—54):

Innerstädtische Altbauquartiere, die vorwiegend eine gründerzeitliche Blockrandbebauung aufweisen, verfügen zwar über eine gute Verkehrs- und Versorgungsinfrastruktur und weisen eine durchmischte Quartierszusammensetzung auf. Sie sind allerdings vom Verlust sozialer Beziehungen gekennzeichnet. Schlecht ausgestattete Altbauwohnungen, ein relativ hohes Verkehrsaufkommen sowie fehlende Grün- und Freiflächen müssen als ergänzende Charakteristika genannt werden.

Stadtrandsiedlungen müssen je nach Bebauungstyp differenziert betrachtet werden. **Wiederaufbausiedlungen** mit durchgrünter Zeilenbauweise zeichnen sich durch eine günstige Lage im Stadtgefüge bei modernisierungsbedürftiger Wohnungsausstattung (eher kleinere Wohnungen) aus. **Kleinsiedlungen und**

Gartenstädte mit Zwei-Sechs-Familienhäusern unterschiedlichster Wohnungsausstattung weisen eine intensive Durchgrünung, gute nachbarschaftliche Kontakte und Hilfebeziehungen auf. Versorgungsdefizite und anonyme Wohnsituation bei gutem Wohnungsstandard kennzeichnen die vorwiegend aus Hochhäusern bestehenden **Großsiedlungen** der 60er und 70er Jahre.

Im **Umland von Städten**, vorwiegend geprägt durch (Ein-Zwei-) Familienhaus-Siedlungen und auch bäuerliche Anwesen, bestehen gute private Kontakt- und Hilfenetze. Die soziale Infrastruktur (einschließlich ÖPNV) ist weniger stark bis gut entwickelt, während beim unmittelbaren Wohnumfeld und der Wohnungsausstattung Defizite feststellbar sind.

In den ausgesprochen **ländlichen Gebieten** mit einem dem städtischen Umland ähnelnden Bebauungstyp, lassen sich bislang noch kaum Verstädterungstendenzen erkennen. Relativ intakte familiäre und nachbarschaftliche Netze, dafür jedoch wenig alter(n)sge-rechte Wohnungen und eine schlechte Sozial-, Versorgungs- und Verkehrsinfrastruktur kennzeichnen die Wohnumfeldbedingungen dieses Siedlungstypen.

Ähnlich detaillierte Ergebnisse liegen für die **neuen Bundesländer** noch nicht vor, allerdings sind durch die im Zuge der deutschen Vereinigung zu beobachtenden städtebaulichen Änderungs- und Anpassungsprozesse einige Probleme bereits in Ansätzen erkennbar: Ansiedlung von überdimensionierten Einkaufszentren an den Stadträndern, Wegfall von Gemeinschaftseinrichtungen in den Wohnquartieren, Verringerung der intergenerativen Kontakte und die mit den Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen verbundenen Veränderungen der Innenstädte wurden anlässlich einer Anhörung der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ von Fachleuten als Herausforderungen genannt, denen es zu begegnen gelte (Deutscher Bundestag, 1993 e, 9ff.).

Die **zukünftigen Entwicklungen und die daraus entstehenden Handlungserfordernisse** im Bereich des Wohnumfeldes ergeben sich zunächst aus der prognostizierten Verteilung der Altersgruppen auf die verschiedenen Siedlungstypen (vgl. Abschnitt 6.1.4/ Tabelle 68). Wie bereits dargestellt, ist bis 2010 mit einer Zunahme der 60–74jährigen vor allem in den Kernstädten der neuen Bundesländer und im Umland der Kernstädte in den alten Bundesländern zu rechnen. Die 75jährigen und älteren werden besonders in den ländlichen Regionen mit heute junger Bevölkerung und im Umland der Kernstädte der alten Bundesländer ihren Anteil erhöhen. Bis zum Jahr 2030 werden nahezu alle Siedlungstypen von der Alterungsdynamik erfaßt, der geschätzte Anteil der 60–74jährigen variiert zwischen 19 v. H. (Kernstädte neue Bundesländer) und 29 v. H. (Kernstädte alte Bundesländer), die 75jährigen und älteren stellen zwischen 8 und 11 v. H. der jeweiligen regionalen Bevölkerung.

Ausgehend von den aktuellen Analysen und den bereits heute feststellbaren regional und siedlungsstrukturell bestehenden Handlungserfordernissen und den aufgezeigten Entwicklungstendenzen muß

also insgesamt von einem langfristig flächendeckenden Bedarf nach einer Verbesserung bzw. Ergänzung des alter(n)sgerechten Wohnumfeldes ausgegangen werden.

6.4.3 Zusammensetzung der Quartiere

Neben den im vorhergehenden Abschnitt behandelten städtebaulichen Wohnumfeldbedingungen, den Infrastruktureinrichtungen (vgl. Abschnitt 6.5.1) und den Verkehrsverhältnissen (vgl. Abschnitt 6.5.2) ist die soziale Zusammensetzung der Quartiere ein wesentlicher Faktor für die Bewertung der Wohnumfeldqualität. Generell wird in der Fachdiskussion eine Mischung der Generationen, der Haushaltstypen und der sozialen Schichten in allen Wohnquartieren als günstig angesehen (BfLR, 1993 b, 15). Neuere Wohn- und Lebenskonzepte wie die nordamerikanischen Seniorenstädte („Sun-City“) in klimatisch bevorzugten Gebieten, die zu einer homogenen Bevölkerungsstruktur führen, sind in der Bundesrepublik Deutschland weder vorhanden noch geplant. Allerdings ließen sich auch hier in der Vergangenheit Auflösungstendenzen nicht vermeiden. In nahezu allen Siedlungstypen, insbesondere in den Städten, lassen sich bspw. aufgrund unterschiedlicher Ressourcenverteilungen (Einkommen, Vermögen, Bildung), ethnisch-nationaler Zugehörigkeit, aber auch aufgrund städtebaulicher Maßnahmen (z. B. reine Familien-Siedlungen, Hochhaus-Siedlungen) Wohnschwerpunkte einzelner Bevölkerungsgruppen ausmachen. Die aktuellen und zukünftig zu erwartenden Schwerpunkte der Wohnstandorte der älteren Bevölkerung wurden bereits dargestellt (vgl. die Abschnitte 6.1.4/Tabelle 68 und 6.2.1/Tabelle 69). Von Interesse sind in diesem Zusammenhang jedoch die sozialstrukturelle Zusammensetzung in den Wohnquartieren und die möglichen sozialen Wandlungsprozesse in der Zukunft.

6.4.3.1 Strukturelle Veränderungen

Tendenzen der **Veränderungen in der sozialstrukturellen Zusammensetzung** betreffen vor allem die Städte und ihr Umland. Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission „Zukunft Stadt 2000“ kommt in ihrer Analyse zu folgender Beschreibung der Trends und Gefahren (Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau, 1993, 38ff.):

- Es droht ein bauliches Auseinanderdriften der Kernstädte und ihres näheren und weiteren Umlandes in Ost und West. Westdeutsche Umlandgemeinden werden tendenziell zum bevorzugten Wohngebiet der Mittel- und Oberschichten, in ostdeutschen Städten deutet sich ein Bürobauboom in den Zentren und eine Konzentration der Gewerbegebiete und Einkaufszentren im städtischen Umland an.
- Ein Ausufer der Städte durch schnelles Wachstum in den Randbereichen mit der Konsequenz eines feinverteilten Zerfließens der Städte, wachsender Verkehrsströme und Kapazitätsüberlastungen der Infrastruktur.

- Durch Wohnungs- und Baulandmangel verursachte Engpässe in den städtischen Siedlungen verdrängen Haushalte mit niedrigen Einkommen in unattraktive Wohngebiete, behindern wirtschaftliche Unternehmungen in ihrer Flexibilität und blockieren vielfältig die Weiterentwicklung der städtebaulichen Grundlagen.
- Die unter anderem durch die Modernisierung ganzer Stadtteile in der 80er Jahren verursachte Tendenz zur Verteuerung des Stadtlebens wird begleitet von einer Verringerung der Nachbarschaftsvielfalt und einem Schrumpfen sozialer Beziehungen bei gleichzeitiger Ausweitung zielgruppenorientierter Konsum- und Freizeitangebote für die kaufkräftigen Schichten.
- Die überwiegend von Angst und Unsicherheit geprägte Reaktionsweise gegenüber einer Zuwanderung von außen und den damit zu leistenden Integrationsleistungen blockieren bislang zukunftsorientierte Siedlungs- und Sozialstrukturmaßnahmen, bestärken die Tendenzen zur ethnischen Absonderung und verhindern eine angesichts der allgemeinen Altersentwicklung anzustrebende Verjüngung und Durchmischung der Siedlungstypen.
- Die aufgrund unzureichender empirischer Grundlagen bislang noch nicht prognostizierbare Entwicklung in den neuen Bundesländern bezüglich des Zu- und Abwanderungsverhaltens verschiedener Altersgruppen und die Auswirkungen der städtebaulichen Umstrukturierungsprozesse auf die Sozialstruktur in den verschiedenen Siedlungstypen des Ostens.

6.4.3.2 Sozialer Wandel

Die komplexen Zusammenhänge des sozialen Wandels in modernen Industriegesellschaften, die mit den Begriffen Desintegration und Vereinzelung, aber auch Individualisierung und Emanzipation bezeichnet werden, sind an anderem Ort beschrieben worden (vgl. Beck, 1986) und können hier nicht näher ausgeführt werden. Im Zusammenhang einer sich verändernden Altersstruktur und den zu erwartenden Wohn- und Lebensformen zukünftiger Generationen sind die Auswirkungen der sozialen Wandlungsprozesse von besonderer Bedeutung. Zusammenfassend werden in dem bereits erwähnten Bericht der Kommission „Zukunft Stadt 2000“ die **sozialen Veränderungen** folgendermaßen charakterisiert (Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau, 1993, 91 ff.):

- Die Veränderung der Altersschichtung, die steigende Zahl der Ausländer und die weitere Verkleinerung der Haushalte.
- Eine in verschiedenen Städten hohe strukturelle Arbeitslosigkeit, hohe Scheidungsraten und deren Folgen besonders für alleinerziehende Frauen.
- Eine weiterhin hohe Mobilität vor allem jüngerer, kleinerer Haushalte mit nachlassender räumlicher

und sozialer Bindung vor allem in den Großstädten.

- Der Wertewandel, der eine egozentrische Konsumorientierung fördert, die Bereitschaft zur gesellschaftlichen Teilnahme in politischen Organisationen, Nachbarschaften und Vereinen reduziert und an dessen Stelle einen konsumorientierten Lebensstil favorisiert.
- Eine mit dem weiteren Anstieg der Erwerbsquote der Frauen bei Fortbestehen der herkömmlichen Rollenanforderungen verbundene Überlastung der Frauen (vor allem der berufstätigen Mütter und der berufstätigen Pflegenden).
- Das Ersetzen eines dünner werdender Netzes sozialer Beziehungen durch unverbindliche Marktbeziehungen, deren Teilhabe vorrangig über materielle Ressourcen (Einkommen) ermöglicht wird.
- Die trotz vorhandener Tendenzen zu stärker gemischten Städten feststellbare funktionale Aufteilung der Stadtbereiche (Gewerbegebiete, Dienstleistungszonen, Freizeitzentren, Wohngebiete) und die damit einhergehenden ökologischen Belastungen (Flächenverbrauch, Energieverbrauch, Verkehrsemissionen, Lärm).
- Armutstendenzen bei einzelnen Bevölkerungsgruppen (Aussiedler, Abwanderer aus den neuen Bundesländern, alleinerziehende Frauen, Familien mit niedrigem Einkommen, schlecht qualifizierte Arbeitnehmerhaushalte) und zunehmend auch Formen von Obdachlosigkeit.
- Wachsende Gewalt und Kriminalität einzelner Gruppen vor allem in den Städten.

Einige der beschriebenen Tendenzen und Gefahren sind stadtspezifisch, andere betreffen alle Siedlungstypen in gleichem Maße. Stadt- und Siedlungsforschung bzw. -planung werden sich zukünftig stärker diesen Entwicklungen zuwenden müssen. Für die Kommission sind insbesondere die Auswirkungen der beschriebenen Tendenzen auf die älter werdende Gesellschaft in den verschiedenen Siedlungstypen von Interesse. Hier besteht noch weiterer Forschungs- und Erkenntnisbedarf.

6.5 Kommunale und regionale Infrastruktur

Die beiden Themenbereiche Wohnumfeld und Wohnumwelt und kommunale/regionale Infrastruktur sind im Einzelfall nicht immer deutlich voneinander zu trennen. Zumeist beziehen sich kommunale Infrastrukturmaßnahmen auf konkrete Wohnquartiere und betreffen auch das unmittelbare Wohnumfeld (z. B. bei der Verkehrsweegegestaltung, der Freiflächengestaltung u. a. m.). Im Rahmen des Forschungsfeldes „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier“ wurden seit 1989 insgesamt 21 städtebauliche Modellvorhaben zur Verbesserung der Wohn- und Lebenssituation älterer Menschen in verschiedenen Wohnlagen gefördert und wissenschaftlich begleitet.

Unter **Infrastruktur** werden hier vor allem folgende Bereiche zusammengefaßt (BfLR, 1993 b, 17):

- Gewerbliche Waren- und Dienstleistungsangebote
- Soziale und medizinische Betreuungs- und Versorgungseinrichtungen (Hilfe, Betreuung, Pflege)
- Quartierbezogene Gemeinschafts-, Freizeit- und Kultureinrichtungen (möglichst generationenübergreifend)
- Neutrale Koordinations-, Vernetzungs- und Beratungseinrichtungen.
- Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)

6.5.1 Wohnungs- und quartierbezogene Dienste und Einrichtungen

Gewerbliche Waren- und Dienstleistungsangebote: Zur aktuellen Ausstattung mit den für den Erhalt der Selbständigkeit und die Teilnahme älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben überaus wichtigen Grundversorgungs- und Infrastruktureinrichtungen (Lebensmittelgeschäfte, Post, Bank, Gemeindeverwaltung etc.) lassen sich aufgrund der Ergebnisse aus dem o. g. Forschungsfeld folgende Aussagen für die alten Bundesländer treffen:

In den innerstädtischen Wohnlagen ist von einer guten Versorgung mit Gütern, Dienstleistungen und öffentlichen Einrichtungen auszugehen. Die in den Wohnsiedlungen, insbesondere aber in den dörflich strukturierten (Modell-)Gemeinden des ländlichen Raumes bestehenden Defizite bei der Versorgung mit den Gütern des täglichen Bedarfs, der Versorgung mit Postdienststellen sowie der sozialen Infrastruktur werden durch Rationalisierungs- und Konzentrationsprozesse tendenziell noch verschärft. Zum Teil ist eine Grundversorgung im Quartier, Stadtteil bzw. Ort nicht gewährleistet (BfLR, 1993 b, 14).

In den neuen Bundesländern dürfte sich durch die im Rahmen der Umstrukturierung des gesamten Wirtschaftssystems hervorgerufenen Veränderungen der Gewerbeinfrastruktur die Situation vor allem in den kleinen Gemeinden, in denen bereits heute sehr viele ältere Menschen leben, drastisch verschlechtern haben. Sowohl durch die Ausdünnung der Postdienststellen als auch durch die Schließung vieler Geschäftsstellen der Konsumgenossenschaften droht in den neuen Bundesländern eine Entwicklung, die zu Lasten der älteren Menschen und der Familien mit Kindern geht.

Die Gründe für das Ladensterben auf dem Lande sind vielfältiger Natur. Beengte Verkaufsflächen und dadurch beschränkte Angebotspaletten, hohe Ladenmieten bei vergleichsweise geringen Verdienstmöglichkeiten, abnehmende Kaufkraftbindung und Probleme bei der Zulieferung durch Großhändler sind hier an erster Stelle zu nennen. Der Konkurrenz durch die Ansiedlung von Dienstleistungs- und Einkaufszentren an den Rändern der Siedlungen und Städte können viele Einzelhandelsgeschäfte nur schwer standhalten.

Um die Möglichkeiten und die Erfordernisse der Versorgung in ländlichen Räumen in der Zukunft zu erforschen, hat die Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung das Forschungsfeld „Nachbarschaftsladen 2000“ (mit einem besonderen Schwerpunkt in den neuen Bundesländern) eingerichtet. Erforscht werden soll zunächst bis zum Jahr 1994, wie ein Konzept eines im ländlichen Raum angesiedelten kleinen Dienstleistungszentrums (Angebot an Lebensmitteln und Dienstleistungen) betriebswirtschaftlich überlebensfähig und raumordnerisch sinnvoll umgesetzt werden kann und welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um ein solches Konzept zu fördern (vgl. BfLR, 1993 b).

Inwieweit zukünftig die Weiterentwicklung von technischen Kommunikationssystemen (insbesondere der Telekommunikationsmedien) einen Teil der Dienstleistungserfordernisse (Post- und Bankdienste, Warenbestelldienste) abdecken kann, und ob dies den Wünschen und Bedürfnissen älterer Menschen nach kommunikativen Alltagskontakten möglicherweise zuwiderläuft, ist bislang noch nicht absehbar.

Soziale und medizinische Betreuungs-, Hilfs- und Versorgungseinrichtungen: In den letzten Jahrzehnten wurden in der Bundesrepublik eine Vielzahl an neuen Diensten der Altenhilfe entwickelt. Zumeist handelt es sich dabei um Betreuungs-, Hilfe- und Versorgungseinrichtungen und -dienste, die entweder von den örtlich zuständigen Trägern (Kommune, Landkreis, Land) oder entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip von den freien Trägern der Altenhilfe, teilweise auch in Kooperation mit Wohnungsbauträgern (wie z. B. der Baugenossenschaft Freie Scholle Bielefeld), eingerichtet wurden. Neuerdings sind auch privatwirtschaftlich organisierte Dienstleistungen bzw. Mischformen („Private-Public-Partnership“-Organisationen) in der Diskussion oder bereits im Entstehen.

Aus der Sicht der wohnungsbezogenen Dienste sind zunächst die ambulanten Versorgungs- und Pflegedienste hervorzuheben. Seit 1970, als die ersten Sozialstationen in Rheinland-Pfalz entstanden, hat sich ein dichtes Netz dieser Servicezentren entwickelt. 1992 gab es bundesweit über 4 000 solcher Einrichtungen, die verschiedene haus- und krankenpflegerische Dienste und soziale Hilfen anbieten und sich durch eine Vielfalt an Varianten auszeichnen (Wendt, 1993, 7 ff.). Je nach Siedlungstyp werden von den Sozialstationen zwischen 20 000 (Land) und 40 000 (Großstadt) Menschen versorgt. Im Umfeld der Sozialstationen, teilweise auch in sie integriert, finden sich weitere ambulante Spezialdienste wie Mobile Soziale (Hilfs-)Dienste zur Erledigung von Fahr-, Hol- und Bringdiensten, der Mahlzeitendienst „Essen auf Rädern“, Einkaufs- und Putzdienste und die allgemein hauswirtschaftlichen Dienste (vgl. Abschnitt 7.4.5). Unterstützende Managementfunktionen übernehmen sogenannte beratende und koordinierende Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen), die an den Schnittstellen zwischen ambulanten Diensten und dem Bereich der selbständigen Lebensführung angesiedelt sind, oder auch bspw. die selbsthilfegestützten „Senioren-genossenschaften“ und sogenannte Leitstellen „Älter Werden“ (Baden-

Württemberg, Bayern). Quartierbezogene Formen der ehrenamtlichen Arbeit, wie sie in Berlin in Form der Sozialkommissionen bestehen, versuchen durch zugehende Sozialarbeit die Kontakte zwischen professionellen Helfern und den älteren Bewohnern im Quartier herzustellen (Schmidt, 1988, 22—34). Ambulante Pflegedienste werden von verschiedensten Trägern angeboten und bieten sowohl häusliche Pflegeleistungen als auch die in der jüngeren Vergangenheit entwickelten Betreuungsformen der stationären Kurzzeit- und der teilstationären Tagespflege und auch Leistungen im Bereich des Betreuten Wohnens an. Selbständige oder in andere Einrichtungen integrierte Kurzzeit-Pflegeplätze bzw. einige an Sozialstationen angesiedelte Krankenwohnungen ermöglichen z. Zt. jährlich etwa 50 000 Menschen einen zeitlich befristeten Pflegeaufenthalt und erreichen damit 3 v. H. aller zu Hause lebenden Pflegebedürftigen (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1992 b, 66). Auch die Tagespflege, als Ergänzung zur ambulanten und stationären Versorgung konzipiert, stellt sich in den alten Bundesländern mit etwa 1 000 Plätzen in 60 Einrichtungen als verhältnismäßig bescheiden entwickelt dar (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1992 a, 1). Insgesamt läßt sich sagen, daß die Sozialstationen als Organisationseinheit der ambulanten Dienste bei weitem die größte Bedeutung haben.

Im Falle einer nachlassenden Selbständigkeit im Alter sind gut ausgebaute ambulante Dienste die wesentlichste Voraussetzung eines Verbleibs in der vertrauten Umgebung. In der Bundesrepublik waren bereits 1991 laut einer Erhebung von INFRATEST insgesamt 3,2 Mio. Menschen in privaten Haushalten hilfe- und pflegebedürftig, das entspricht 4,1 v. H. der Gesamtbevölkerung, darunter befanden sich 1,1 Mio. (1,4 v. H.) mit ständigem Pflegebedarf und 2,1 Mio. Personen mit Hilfebedarf bei hauswirtschaftlichen oder sozialkommunikativen Verrichtungen (2,7 v. H. der Gesamtbevölkerung) (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 a, 60ff.). Auch wenn sich die allgemeine Gesundheitssituation weiterhin bessern sollte, ist aufgrund der demographischen Rahmendaten zukünftig generell mit einem steigenden Bedarf an wohnungsbezogenen Diensten zu rechnen. Siedlungsstrukturelle Verteilungsmuster der älteren Menschen sind hierbei besonders zu berücksichtigen, gerade weil die familialen Netze tendenziell dünner werden und damit die insgesamt günstigeren Voraussetzungen der ländlichen Siedlungstypen allmählich abgebaut werden dürften.

Ein besonderes Problem, das sich insbesondere negativ auf den Ausbau des Betreuten Wohnens niederschlägt, stellt sich heute im Zusammenhang mit der Finanzierung der ambulanten Dienste infolge der dualen Kostenträgerschaft zwischen örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern. So tendieren die Kommunen eher zu einer Förderung stationärer Einrichtungen, da hier in der Regel der überörtliche Sozialhilfeträger die Kosten zu tragen hat. Der ansatzweise Abbau dieser Zuständigkeitsverteilung, wie er bspw. in Schleswig-Holstein praktiziert wird, führt tendenziell zu einem Ausbau der Modelle des Betreuten Wohnens durch die Kommunen (Weeber + Partner, 1993, 13).

Quartierbezogene Gemeinschafts-, Freizeit- und Kultureinrichtungen: Der institutionelle Rahmen der offenen Altenhilfe (Altenarbeit) umfaßt heute weitestgehend orts-, stadtteil- und quartierbezogene Einrichtungen wie Altenclubs, Altentagesstätten, Altenbegegnungs- und Freizeitstätten unter verschiedener Trägerschaft mit den Zielen:

- Förderung der Begegnung zwischen alten Menschen und auch mit anderen Altersgruppen,
- Befriedigung der Bedürfnisse nach Kontakt, Information, Bildung, Aktivität und Hilfe,
- Förderung der eigenen Interessen und selbständige Nutzung der Angebote.
(Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 1989, 241 ff.)

Daneben gibt es die sich ausdifferenzierenden Angebote der Volkshochschulen und anderer privater Bildungsträger. Diese offene Altenarbeit erreicht bislang eine aktive Minderheit der älteren Menschen. Die damit verbundenen inhaltlichen Dimensionen und Entwicklungslinien eines aktiven Älterwerdens werden an anderer Stelle dargestellt (vgl. Kapitel 5 „Aktives Älterwerden“). Als Bestandteil der örtlichen oder kommunalen Infrastruktur ist das Vorhandensein solcher Einrichtungen angesichts des demographischen Wandels jedoch ein wichtiges Merkmal einer altersgerechten Infrastruktur.

Aufgrund der Ausdifferenzierung der Lebensstile, Lebens- und Interessenlagen bereits der jetzigen (und auch zukünftigen) Altengenerationen sowie einer häufig negativen Besetzung des Begriffes „Alter“ weist der zukünftige Bedarf eher in Richtung auf gemeinwesenbezogene, intergenerative Begegnungs-, Freizeit- und Kultureinrichtungen für möglichst vielfältige, einschließlich der in ihrer Selbständigkeit (Mobilität, Gesundheit) eingeschränkten Nutzergruppen hin. Der Wunsch nach eigener Aktivität, das Entstehen von Selbsthilfeinitiativen, Nachbarschaftshilfe, projektbezogene Freizeit- und Kulturgruppen und eine gleichzeitige Hinwendung zu stärker marktorientiertem Nachfrageverhalten beschreiben die Bedürfnisse und Trends der Zukunft. In solchen offenen Bürgerschaftseinrichtungen angesiedelt, können die als Ausdruck eines neuen Selbstverständnisses in der offenen Altenarbeit geltenden innovativen Projekte der offenen Altenarbeit, wie Wissensbörsen, Servicezentralen, Kontaktcafés u. a. m., wertvolle Aufgaben bei der Verknüpfung von formellen und informellen sozialen Dienstleistungen erfüllen. Beispielsweise lassen sich Modelle des Betreuten Wohnens besser initiieren, wenn sie mit den unmittelbaren sozialen Netzwerken eines Quartiers verbunden sind. Besonders in den ländlichen Räumen und den Stadtteilen der Städte liegen hier zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten und Handlungsfelder der Gemeinwesenarbeit.

Beratungs- und Koordinationsdienste, Wohnungsanpassung: Während generell von einem flächendeckenden Bestand an allgemeinen Wohnungsberatungsdiensten (Mietervereine, private und verbandliche Rechtsberatungen, diverse Publikationen) ausgegangen werden kann, sind wohnungsbezogene Bera-

tungs- und Koordinationsdienste für Ältere bislang nur in Ansätzen entwickelt worden. Zunächst ist hier die Wohnberatung durch Bundes-, Landes- und Kommunalbehörden, freie Träger der Altenhilfe, Wohlfahrtsverbände und private bzw. genossenschaftliche Wohnungsunternehmen in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet bei Wohnungsanpassungsmaßnahmen für Ältere und Behinderte zu nennen. Die rechtzeitige Wohnungsanpassung an die Erfordernisse älterer Menschen erlangt besondere Bedeutung, wenn es gilt, das Älterwerden in der vertrauten Umgebung zu sichern. Diese ist oft schon mit einfachen Mitteln zu erreichen und dient vor allem dem Ziel, den vorhandenen Wohnraum sicher, bequem und für den eventuell eintretenden Krankheits- bzw. Behinderungsfall oder den Pflegebedarf möglichst praktisch umzugestalten (vgl. Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung, 1993). Im Rahmen der von den Verbraucherzentralen in einigen Bundesländern eingerichteten allgemeinen Wohnberatung werden ebenfalls Fragen des alter(n)sgerichteten Wohnens behandelt. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat beispielhaft etwa 20 verschiedene Beratungsstellen in den alten Bundesländern dokumentiert, bei denen die Beratung und die organisatorische Unterstützung zur Anpassung der Wohnung älterer Menschen im Vordergrund stehen (vgl. Stolarz/Bottke, 1990). Neuerdings lassen sich Tendenzen zu einer überörtlichen Vernetzung der Beratungsstellen in Form einer Bundesarbeitsgemeinschaft „Wohnungsanpassung“ erkennen. Zusammenfassend werden von den Autoren als die wesentlichen **Aufgaben und Voraussetzungen einer Beratungsstelle** genannt:

- Das Zusammenwirken verschiedener Disziplinen (Architektur, Sozialarbeit) innerhalb der Beratungsstelle.
- Die Verankerung durch Öffentlichkeitsarbeit und Akzeptanzschaffung bei anderen Hilfsdiensten und Behörden.
- Die Kooperation mit anderen Dienststellen und Hilfsdiensten sowie mit der örtlichen Genehmigungsstelle (Finanzierung).
- Die Gewinnung geeigneter Handwerksbetriebe zur Ausführung der Anpassungsmaßnahmen unter Einbeziehung der Handwerkskammer.
- Die „zugehende“ und ganzheitliche Beratung der älteren Menschen, die neben einer technischen Information auch die soziale Betreuung und Hilfestellung bei der Finanzierung der Maßnahmen umfaßt.
- Eine langfristige Perspektive (Arbeitsplatzsicherheit) und Planungssicherheit für die Berater durch eine ausreichende Finanzierung der Beratungsstelle.

Aufgrund des zumeist experimentellen Charakters vieler Beratungsstellen ist vor allem die zuletzt genannte Voraussetzung nur unzureichend erfüllt. Auch sind die Investitionsförderung der Maßnahmen und die ergänzenden Hilfeleistungen im Einzelfalle uneinheitlich geregelt.

Ein anderes Feld wohnungsbezogener Dienste berührt die **Förderung der Umzugswilligkeit** älterer Menschen, die entweder in zu groß gewordenen oder in nicht alter(n)sgerichteten Ansprüchen genügenden Wohnungen leben. Wohnungstauschbörsen und Umzugsmanagement sind in der Bundesrepublik noch sehr schwach entwickelt. Auch kann die in einigen Bundesländern praktizierte Zahlung von Umzugsprämien einen auch Hilfeleistungen umfassenden Wohnungstausch- und Umzugsservice nicht ersetzen, da die mit einem Wohnungswechsel in der Regel verbundenen Mehrkosten von der Prämie kaum gedeckt werden können. Umfassende Förderprogramme sind allenfalls auf Gemeindeebene oder bei großen Wohnungsunternehmen vorhanden. Erste positive Erfahrungen sind in einem zweijährigen wissenschaftlich begleiteten Modellprojekt einer genossenschaftlichen Wohnungsbaugesellschaft in Mülheim gemacht worden (vgl. Mülheimer Wohnungsbau e. G., 1993). Dabei wurde die betreuende Umzugsförderung mit einer umfassenden Wohnberatung zum alter(n)sgerichteten Wohnen, einem Handwerkerservice und einer teilweisen Kostenübernahme kombiniert. Die effektivere Wohnflächenausnutzung führte im Ergebnis, trotz der eingesetzten zusätzlichen Mittel, betriebswirtschaftlich zu enormen Einsparungen bei gleichzeitiger Senkung der Mietkosten für die in die kleineren Wohnungen umziehenden Haushalte.

Zukünftig ist aufgrund der langfristig wachsenden Zahl älterer Menschen von einem flächendeckend erhöhten Bedarf an wohnungsbezogenen Beratungs- und Koordinationsdiensten auszugehen. Zugleich erhöht sich schrittweise der Bestand an bereits vorhandenen alter(n)sgerichteten Wohnungen und möglicherweise werden neben großen Wohnungsunternehmen auch die Bauwirtschaft, Handwerkerschaft und Heimwerkmärkte ihrerseits diesbezügliche Aktivitäten entwickeln.

6.5.2 Verkehrsinfrastruktur

Die Bedeutung der Verkehrsinfrastruktur für die Mobilität im Alter steht außer Frage. Die Bundesregierung hat sich in ihrem ersten Altenbericht mit der Situation der älteren Verkehrsteilnehmer beschäftigt und nennt in ihrer Stellungnahme zum Bericht der Sachverständigenkommission die Schaffung geeigneter Verkehrsbedingungen für Ältere als unmittelbar wohnungs- und infrastrukturbezogene Aufgabe. Zudem vertritt sie die Auffassung, daß die senioren-gerechte Ausstattung von Bussen und Bahnen zum Standard werden muß und fördert deshalb den Einsatz der Niederflurtechnik über das Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz (Bundesminister für Verkehr, 1993, 10).

Ungeachtet der durch die Entwicklungen der Vergangenheit angestoßenen aktuellen Diskussionen um die Zukunft des individuellen und öffentlichen Verkehrs und seinen umweltpolitischen und raumordnerischen Folgewirkungen muß generell von einer Zunahme der Verkehrsteilnahme der Älteren ausgegangen wer-

den. Hauptverantwortlich sind hierfür der absolute Zuwachs Älterer an der Gesamtbevölkerung, steigende Führerscheinbesitzquoten und höhere Anteile der motorisierten Beteiligung von Frauen am Straßenverkehr. Während 1977 nur 17 v. H. aller 65jährigen und älteren im Besitz einer Fahrerlaubnis waren, wird dieser Wert bis zum Jahr 2000 auf über 50 v. H. (= 12,4 Mio.) steigen, die 70—79jährigen werden ihren Anteil gegenüber 1985 verdoppeln (Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993 b, 167). Allerdings war 1988 die Versorgung der Haushalte der 60jährigen und älteren mit einem PKW mit 46 v. H. immer noch unterdurchschnittlich. Als Kraftfahrer unterscheiden sich Ältere in der Nutzerfrequenz nur unwesentlich von anderen Altersgruppen (vgl. auch Abschnitt 5.1.2.2.6), allerdings verlagern sich die Aktivitäten und das Fahrverhalten im Alter hin zu kürzeren Strecken und vorsichtigeren Fahrstilen. Die Unfallverursachung durch ältere Kraftfahrer ist unterdurchschnittlich, hingegen ist die Unfallbeteiligung der Radfahrer und Fußgänger mit zum Teil gravierenden Folgen für die betroffenen Älteren überdurchschnittlich hoch (Statistisches Bundesamt, 1991, 175ff.). Nach neueren Zahlen stellten die über 60jährigen 1992 mehr als die Hälfte aller im Straßenverkehr getöteten Fußgänger und die Hälfte aller getöteten Radfahrer in den alten Bundesländern, während ihr Anteil an den PKW-Unfalltoten rückläufig ist (8,9 v. H.) (vgl. Schaechterle/Hartenstein, 1993). Männer sind aufgrund einer Vielzahl von Faktoren (Beteiligung, Verkehrsmittelwahl, Risikobereitschaft) insgesamt stärker gefährdet als Frauen. Während in den neuen Bundesländern bei den jüngeren Altersgruppen die Zahl der verunglückten oder getöteten Verkehrsteilnehmer nach 1989 sprunghaft angestiegen ist, hat sich die Zahl der derart Betroffenen 65jährigen und älteren nur leicht erhöht.

Auch wenn zukünftig die Anzahl der aktiven Kraftfahrer unter den Älteren ansteigen wird, nehmen die Nutzung des öffentlichen Verkehrssystems und des nichtmotorisierten Individualverkehrs den größten Anteil an der Verkehrsbeteiligung älterer Menschen ein. Möglicherweise wird darüber hinaus die bereits heute absehbare Steigerung der Mobilitätskosten einen Trend weg vom Individualverkehr hin zum öffentlichen Verkehr bewirken. Ob diese Trends zukünftig für alle Siedlungstypen in ähnlichem Ausmaß gelten, kann noch nicht abgesehen werden. Generell kann infolge des wachsenden Anteils der Älteren an der Gesamtbevölkerung allerdings von einer Schlüsselfunktion der Verkehrsinfrastruktur und der altersgerechten Gestaltung der Verkehrssysteme ausgegangen werden. Daneben ist abzusehen, daß den körperlichen (Gesundheit, Kognitionsfähigkeit) und sozialen (Sicherheit) Voraussetzungen zur aktiven Teilnahme am Verkehrsgeschehen wachsende Bedeutung zukommen. Dies gilt besonders für die Nicht-PKW-Nutzer unter den Älteren. Die Sicherheit im Wohnquartier und die bei den älteren Menschen weit verbreitete Angst vor kriminellen Übergriffen muß dabei besonders beachtet werden. Die Verbesserung der Sicherheit bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel durch baulich-technische Maßnahmen und durch zusätzliche Serviceangebote der Ver-

kehrsträger wie z. B. die Möglichkeit der Anforderung von Anschlußtaxen bei Nachtfahrten oder die Bereitstellung von mehr Personal in den Abend- und Nachtstunden sind als mögliche Ansatzpunkte zu nennen. Besonders in den von sozialen Wandlungsprozessen betroffenen großstädtischen Siedlungstypen (vgl. Abschnitt 6.4.3.2) wird ein besserer Schutz der Fußgänger beim abendlichen Spaziergang (bspw. der Hundebesitzer) zunehmend eingefordert.

Um die Mobilität im Alter sicherzustellen, sollten die verschiedenen Komponenten des öffentlichen Verkehrssystems den Anforderungen älterer Menschen angepaßt werden. Zu diesen Komponenten zählen neben den rechtlichen Grundlagen (StVO, Straßenbauverordnungen, DIN-Normen) das Straßen-, Wege- und Schienennetz, die verschiedenen privaten und öffentlichen Verkehrsmittel und -dienste, das Fahrtenangebot, der Fahrbetrieb, die baulich-technischen Elemente, die Fahrzeuge, das Tarifsysteem und der Kundenservice (vgl. Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen, 1993). Diese miteinander verknüpften Komponenten sind bislang nur unzureichend auf die Belange älterer Menschen abgestimmt.

Neue privatwirtschaftlich oder öffentlich organisierte Dienstleistungen, die auch den in ihrer Mobilität eingeschränkten Menschen (altersunabhängig) die Teilnahme am öffentlichen Leben ermöglichen, sind bereits erprobt worden. Behinderten- und Arztfahrtdienste von Taxiunternehmen oder freien Trägern der Wohlfahrt lassen sich in vielen Großstädten und auch bereits in den städtischen Mittelzentren finden. Versorgungslücken bestehen besonders in den auch vom ÖPNV schlechter versorgten ländlichen und kleinstädtischen Gebieten. Die jeweiligen Bestimmungen hinsichtlich Anspruchsberechtigung, Fahrtenhäufigkeit und Kostenbeteiligung sind bislang uneinheitlich geregelt. Haus-zu-Haus-Fahrdienste, Ruf(sammel)busse und der Einsatz spezieller Fahrzeuge für den Transport von Rollstuhlfahrern, wie sie in Berlin in Form der Mobilitätshilfedienste und dem Sonderfahrtdienst für Behinderte „Telebus“ oder auch in den Niederlanden und in England (vgl. Tyne & Wear Passenger Transport Authority, 1993) beispielhaft entwickelt wurden, sind in der Bundesrepublik bislang nur ansatzweise vorhanden und bei der Nutzung mit speziellen Bedingungen und Vorgehensweisen verknüpft.

Weiterer Forschungs- und Diskussionsbedarf besteht im Zusammenhang mit der städtebaulichen Planung und Entwicklung. Funktion und Bedeutung von Grünanlagen, Plätzen, Wegen und Straßen sowie die Fragen ihrer Gestaltung, Finanzierung und Unterhaltung können auf die Verkehrsinfrastruktur bezogen werden und beeinflussen nicht nur die Fähigkeit zur Verkehrsteilnahme der älteren Menschen, sondern betreffen das Mobilitätsverhalten verschiedenster Nutzergruppen. Beispielsweise wird die Nutzungsrate des ÖPNV bei den unvermeidbaren Fahrtenunterberechnungen in den Transportketten dann höher sein, wenn die Anschlußstellen eine die verschiedenen Nutzergruppen ansprechende Gestaltung und Ausstattung aufweisen.

6.6 Anforderungen an die Politik

Zum Wohnungsbestand und zur Bedarfsentwicklung bis zum Jahr 2030 (6.1) — Als mögliche Ansatzpunkte für die Verbesserung der Situation auf dem Wohnungsmarkt sind aus Sicht der Kommission zu nennen:

Zum Wohnungsbestand, Baubedarf und Bauflächenbedarf (6.1.1):

- Die Ausschöpfung der planungsrechtlichen und bodenrechtlichen Instrumente, z. B. der „Städtebaulichen Entwicklungsmaßnahme“, um die Versteuerung von Bauland in Grenzen zu halten, die erzielten Gewinne beim Verkauf des Baulandes für die Infrastrukturentwicklung zu nutzen und um die unmittelbare Verfügbarkeit des Baulandes zu sichern.
- Eine gezielte Gewährung von Anreizen im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs für die Gemeinden des überdurchschnittlich stark wachsenden städtischen Umlandes, um Bauland zu aktivieren.
- Die Konzentration der Bautätigkeit an Entwicklungsachsen und Schwerpunkorten im Umland der Großstädte, um Erschließungskosten und Verkehrsbelastungen möglichst gering zu halten.
- Eine langfristige Bodenbevorratung durch die Gemeinden in Kooperation mit darauf spezialisierten regionalen (kommunalen) Organisationen.
- Die Unterstützung und Beratung derjenigen Gruppen, die in den Neubau von Wohnungen investieren wollen. Ebenso sollte der Bau von Zwei-Familienhäusern und kleinen Mehr-Familienhäusern, die tatsächlich von mehreren Parteien bewohnt werden, steuerlich begünstigt werden. Die Förderung von Neubau-Eigentum leistet einen erheblichen Beitrag, die Wohnungsmärkte — insbesondere den Mietwohnungsmarkt — zu entlasten (Institut für Städtebau 1994, zitiert nach FAZ vom 14. 1. 94).
- Die Förderung einfacher und kostensparender Bauformen unter Beteiligung ausländischer Anbieter, die über Erfahrung in der kostensparenden Bauweise verfügen. Dazu müssen die jeweiligen Landesbauordnungen, die Wohnungsbauförderrichtlinien und eine Vielzahl von DIN-Vorschriften geändert bzw. vereinfacht werden.
- Die Klärung der Frage der voraussehbaren und gewünschten Zuwanderung nach dem Jahr 2000. Investoren benötigen Klarheit über rechtliche, planerische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen der kommenden Jahrzehnte. Bei der Wohnungsnachfrage kommt der Bevölkerungsentwicklung eine Schlüsselstellung zu.
- Die verstärkte Orientierung der geburtenstarken Jahrgänge, die sich in den 90er Jahren in der Phase der Eigentumbildung befinden, auf den Neubau, um den Bestand nicht zusätzlich mit Nachfrage zu belasten.

- Die Regelung der mietrechtlichen Bestimmungen. Der Mietwohnungsmarkt insgesamt zeichnet sich durch einen hohen Grad der Verrechtlichung aus. Eine Vereinfachung könnte zu mehr Durchschaubarkeit in den Beziehungen zwischen Vermietern und Mietern führen. Dabei darf der Mieterschutz nicht auf der Strecke bleiben, vielmehr bedarf es der Schaffung eines stabilen Interessenausgleichs zwischen Vermietern und Mietern bzw. deren Vertretungen, um die langfristige Funktionsfähigkeit des Marktes zu sichern.
- Die Verstärkung der Anstrengungen des sozialen Wohnungsbaus bei einer Mischung der Förderelemente (Objekt- bzw. Subjektförderung) entsprechend der jeweiligen Dauer der Belegungsbindungen und des verfügbaren Einkommens der Beleger.
- Der Vorrang der Wohnungspolitik in den neuen Bundesländern, um den Wohnungssektor zum positiven Standortfaktor zu machen. Neben den Beschäftigungseffekten durch den Wohnungsbau hilft eine Aufwertung der Wohnungsbestände, die Abwanderung zu verringern und sorgt für eine größere Zufriedenheit der Mieter und Eigentümer.
- Das Instrument der verstärkten Eigentumsförderung zugunsten von Kleininvestoren und Eigentümern mit geringeren Einkommen in den neuen Bundesländern, um eine Westwanderung der Eigentumstitel zu verhindern.

Zur Wohnungsflächenentwicklung (6.1.2):

- Bedarf und Bedürfnisse müssen nicht notwendig übereinstimmen. Ein steigender Wohnungsflächenbedarf im Alter entsteht häufig als Folge von Haushaltsverkleinerungen bei gleichzeitig fehlender Möglichkeit des Wohnungswechsels in der vertrauten Umgebung (Quartier, Mehr-Familienhaus). Besonders betroffen sind davon heute die homogenen Wohngebiete, beispielsweise Einfamilienhaus-Siedlungen am Rande der Großstädte. Zukünftig werden die Umlandgemeinden der Großstädte betroffen sein. Hier gilt es, durch die Förderung von vielfältigen Wohnangeboten die Möglichkeit zur besseren Mischung der Generationen und damit die Möglichkeit zum nahräumigen Wohnungswechsel im Alter zu schaffen.
- Die genannte Orientierung der geburtenstarken Jahrgänge auf den Neubau gilt es mit einer vorsorgenden Planung auf das Alter zu verknüpfen. Die jetzige Praxis der Förderung von Einliegerwohnungen sollte überprüft werden und gegebenenfalls zugunsten der Förderung echter Zwei-Familienhäuser mit unterschiedlich großen Wohnungen oder der Förderung von barrierefreien Einliegerwohnungen variiert werden. Der Begriff „barrierefrei“ ist in der DIN-Norm 18025, Teile 1 und 2, Barrierefreies Wohnen, geregelt (vgl. Abschnitt 6.2.3).
- Im Rahmen des Neubaus von Mehr-Parteienhäusern ist verstärkt auf die Möglichkeit der späteren

Veränderung der Wohnungsgrößen und -zuschnitte zu achten. Möglichkeiten des „Zuschaltens“ oder „Abschaltens“ einzelner Räume sind bereits heute technisch und architektonisch möglich und sollten zukünftig verstärkt erprobt werden. Dadurch können z. T. kostenaufwendige Umzüge vermieden werden.

Zum Eigentum und zur Eigentumsentwicklung (6.1.3):

- Die Förderung der in den 90er Jahren aufgrund der Altersschichtung sich abzeichnenden eigentumsfreundlichen Grundstimmung unter den geburtenstarken Jahrgängen.
- Steuerliche Förderung des Baues von Zwei- und Mehr-Familienhäusern (bspw. durch Sonderabschreibungen) bzw. Zurverfügungstellung von günstigem Bauland durch die darüber verfügenden Kommunen.
- Ergänzung der steuerlichen Förderung durch individualisierte Programmförderung etwa in Form familienorientierter Zuschüsse.
- Die gesellschaftlichen Entwicklungen erfordern neue Baukonzepte. Die Beratung und Information über die Möglichkeiten, für das Wohnen im Alter bereits in jungen Jahren Vorsorge zu treffen, muß intensiviert werden. Hier sind Architekten, Bauträger, Kreditinstitute, aber auch Verbraucherverbände und Bauverwaltungen gefordert.

Zur Wohnsituation und demographischen Entwicklung (6.2)

- Als Anforderungen an die Politik ergeben sich:

Zur Wohnungsausstattung und zur Bewertung der Standorte (6.2.1):

- Den aktuellen Problemschwerpunkten der Wohnsituation älterer Menschen entsprechend müssen regional differenziert altersgerechte Sanierungsmaßnahmen zur Beseitigung der schweren Wohnungsmängel im Bestand (neue Bundesländer), zur Gebäudemodernisierung und Wohnungsanpassung (neue und alte Bundesländer) und zum Ausbau und der Absicherung bereits bestehender Initiativen und Programme bspw. der Wohnberatung (alte Bundesländer) ergriffen werden. Dabei ist besonders in den Kernstädten der neuen Bundesländer darauf zu achten, daß die jetzigen Altengenerationen nicht durch die Sanierungsmaßnahmen verdrängt werden.
- Es bedarf umfassender Beratungen der heutigen Altengeneration, insbesondere auch in miet- und eigentumsrechtlichen Fragen (neue Bundesländer).
- Im Zusammenhang mit dem häufiger werdenden Problem von im Alter zu groß werdenden Wohnungen und fehlendem preiswerten Alternativwohnraum vor allem in den alten Bundesländern sollte durch eine Verstärkung der Ansätze zum quartier-

bezogenen Belegungsmanagement (Wohnungsbau-Gesellschaften, Genossenschaften) die Bereitschaft Älterer zum kostenneutralen Umzug gefördert werden.

- Beim Wohnungsneubau sind neben einem differenzierten Angebot an Wohnungstypen z. B. beim großflächigen Siedlungsneubau und der potentiellen Veränderbarkeit der Grundrisse die Maßgaben des alter(n)sgerechten Wohnens (vgl. Abschnitt 6.2.2) stärker zu berücksichtigen. Die Anwendung der Anforderungen an barrierefreies Bauen auf den Normalwohnungsbau ist anzustreben und die entsprechenden Förderkonzepte und -instrumente sind auszubauen.
- Um den häufig unerwünschten Umzug in eine andere Gegend zu vermeiden, ist die gezielte Einstreuung von alter(n)sgerechten Wohnungen in bestehende Gebiete zur Differenzierung der Wohnungsangebote notwendig. Ansatzpunkte finden sich hierfür in den Sanierungs- und Modernisierungsvierteln der Großstädte in den neuen Bundesländern.
- Anzustreben ist die breite Aufklärung der nächsten Altengenerationen des Jahres 2010 (Geburtsjahrgänge 1935—50) bezüglich der Möglichkeiten und Notwendigkeiten, bereits heute Vorsorge für das Wohnen im Alter zu treffen. Dazu zählen Informationen über die verschiedenartigen Wohnformen, nachbarschaftliche Wohnmodelle und sonstige Gemeinschaftswohnformen (vgl. Abschnitt 6.3.2) unter Einbeziehung der Serviceangebote der sozialen Dienste ebenso wie die Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit Wohnungsanpassungsmaßnahmen.
- Schwerpunkte ergeben sich in den alten Bundesländern bei der Entwicklung von Modellen für die bauliche Umgestaltung der alternden Eigenheimgebiete aus den 60er Jahren in den Gemeinden des städtischen Umlandes. In den neuen Bundesländern sollte der aktuelle Modernisierungsschub der Eigentümer- und Mieterhaushalte im Umland der Städte und in den ländlichen Gebieten genutzt werden, um alter(n)sgerechte Wohnausstattungen bekannt zu machen. Hierbei ist eine Beratung durch Architekten, Baustoffhandel, Heimwerkermärkte und Bauämter anzustreben.
- Die bei der nächsten Altengeneration des Jahres 2010 (= Geburtsjahrgänge 1935-50) jetzt noch vergleichbar höhere Mobilitätsbereitschaft (vgl. Friedrich, 1994) ist im Sinne einer altersvorsorgenden Politik durch Informationsangebote im Zusammenhang mit Umzugsvorhaben (Wohnraumgestaltung, mögliche zukünftige Hilfsangebote) zu nutzen.
- Für die übernächsten Altengenerationen der Jahre 2020/2030 (Geburtsjahrgänge 1950—1970, besonders die geburtenstarke Jahrgänge,) muß aufgrund ihrer großen Zahl und der prognostizierten relativ gleichmäßigen Verteilung über alle Siedlungstypen Vorsorge getroffen werden. Die Wohnquartiere sollten deshalb hinsichtlich der Woh-

nungsgrößen, Eigentumsformen und baulichen Elemente eine gute Durchmischung aufweisen.

- Steigende Eigentumsquoten und die absehbare Verlängerung der Erwerbsphase sprechen dafür, daß die Altengenerationen der Zukunft die in der Lebensmitte bezogenen Wohnungen bis ins hohe Alter bewohnen werden. Die geburtenstarken Jahrgänge werden in den Jahren 2010 bis etwa 2020 Wohneigentum gebildet oder ererbtes bezogen haben. Wenn es gelingt, daß sie im Zusammenhang mit Neubau oder Umbau ihrer eigengenutzten Wohnungen Vorkehrungen für alter(n)s-gerechtes Wohnen treffen, kann ein großer Schritt zur Verbesserung der Altenwohnsituation der geburtenstarken Jahrgänge getan werden. Deshalb ist die Beratung und auch die Selbsthilfeförderung auch dieser Generation in bezug auf das eigene Wohnen im Alter zu intensivieren.
- Parallel dazu müssen die Mietwohnungen dieser kommenden Altengenerationen, soweit leicht möglich, alter(n)sgerecht ausgestattet werden. Hier kann im Zusammenwirken mit den Wohnungseigentümern Mieterselbsthilfe angestrebt werden.
- Allgemein erforderlich ist bereits heute die Verbesserung des Wohnumfeldes für ältere Menschen mit dem Ziel, die Wohnstandorte aufzuwerten (vgl. Abschnitt 6.4).

Zum Bestand und zukünftigen Bedarf an alter(n)sgerechten Wohnungen (6.2.2):

Neben den bereits zum Abschnitt 6.2.1 genannten Anforderungen an die Politik, sind ergänzend anzufügen:

- Vor dem Hintergrund der langfristigen Veränderungen, die sich durch den demographischen Wandel ergeben, müssen die Anstregungen und Maßnahmen für den Bereich der Wohnraumausstattung und -gestaltung hin zu einem alter(n)s-gerechten Wohnungsstandard gebündelt werden. Hierfür ist das Zusammenwirken von Architektur, Baurecht und Sozialpolitik erforderlich.
- Wohnberatung und Öffentlichkeitsarbeit durch staatliche, verbandliche und privatwirtschaftliche Träger sind im Hinblick auf alle Generationen zu intensivieren.
- Das wachsende Interesse von freien und kommunalen Bauträgern, Bausparkassen und Wohnungsbaugenossenschaften an dem neuen Marktsegment „Alter(n)sgerechtes Wohnen“ sollte genutzt und durch entsprechende Instrumente (z. B. verstärkt Sondermittel für barrierefreie, behindertengerechte Wohnungen) gefördert werden, um möglichst flächendeckend Angebote an alter(n)s-gerechten Wohnungen zu schaffen.
- Alter(n)sgerechtes Wohnen muß auch für Bezieher kleiner Einkommen finanzierbar sein. Dies ist durch das Instrument des Wohngeldes zu gewährleisten.

Zum Bedarf für Sondergruppen (6.2.3):

- Behindertengerechtes Wohnen und alter(n)s-gerechtes Wohnen unterscheiden sich in bezug auf die Wohnungsausstattung nur in Teilbereichen, beispielsweise beim Flächenbedarf für Rollstuhlfahrer. Die Ausweitung der DIN-Norm 18025, Teil 2 (Barrierefreie Wohnungen/Planungsgrundlagen) auf die Wohnungen für ältere Menschen ist deshalb mittelfristig anzustreben.

Zu den Fördermöglichkeiten und -instrumenten (6.2.4):

- Die bestehenden Finanzierungshilfen zur Förderung alter(n)sgerechter Mindeststandards sollten möglichst einheitlich und in vereinfachter Form angewendet werden. Eine Harmonisierung beinhaltet auch die Klärung von Unsicherheiten bei der Rechtsauslegung (Zuständigkeitsfragen) sowie die Entwicklung von Musterrichtlinien für kommunale Wohnungsanpassungsmaßnahmen bei einer Beibehaltung der kommunalen Entscheidungskompetenz.
- Vereinfachte und standardisierte Antrags- und Abwicklungsverfahren sollten entwickelt werden, um sowohl dem Antragsteller als auch den zuständigen Behörden einschließlich der beratenden Institutionen eine leichtere Orientierung zu ermöglichen.
- Die Finanzierungsinstrumente des alter(n)s-gerechten Wohnens sind durch gezielte Beratung und breite Öffentlichkeitsarbeit zu ergänzen. Auch dies könnte durch eine Vereinheitlichung und Vereinfachung der Instrumente effektiver gemacht werden.
- Die Förderung alter(n)sgerechter Wohnungen im Sinne der Anwendung der DIN 18025, Teil 2, „Barrierefreie Wohnungen/Planungsgrundlagen“ sollte beim Neubau nicht auf den sozialen Wohnungsbau beschränkt werden. Die Ansätze in Form der hessischen und thüringischen Regelung, Barrierefreiheit bei Erdgeschoßmietwohnungen zum Standard zu erheben und entsprechend zu fördern, sollten richtungsweisend sein.

Zu den Wohnbedürfnissen und spezifischen Altenwohnformen (6.3)

- Sich ergebende Anforderungen an die Politik:

Zu den spezifischen Wohnformen älterer Menschen (6.3.2):

- Die verschiedenen Formen des Wohnens im Alter sollten zukünftig ihrer Entwicklung und Bedeutung entsprechend beobachtet, begleitet und bewertet werden. Die Vielfalt der Wohnmöglichkeiten im Alter schließt die gezielte Förderung bestimmter Einzelprojekte und die generelle Förderung bestimmter alter(n)sgerechter Wohnformen nicht aus.

Betreutes Wohnen:

- Es sollte überlegt werden, wie das Betreute Wohnen aufgrund seiner wachsenden Bedeutung rechtlich und materiell abgesichert werden kann. Ein dem britischen oder dänischen Modell ähnliches Leistungsgesetz (Steuerfinanzierung) ist ebenso denkbar wie landesgesetzlich einheitliche Regelungen bei einer Bund-Länder-Mischfinanzierung. Die Kommunen könnten dabei bei den Sozialhilfeausgaben finanziell entlastet werden und sich verstärkt der altersgerechten Infrastrukturförderung zuwenden.
- Die Altenhilfe sollte im Dialog der verschiedenen Altenhilfeträger qualitative Standards (Richtlinien, Gesetz) für die Betreuung formulieren, um den Gemeinden Impulse zu geben, gemeinsam mit freien und privaten Trägern die Angebote umzusetzen.
- Erforderlich ist eine ressortübergreifende Verankerung des Themas Betreutes Wohnen in den kommunalen Verwaltungs- und Planungsebenen (Soziales, Verkehr, Infrastruktur, Finanzen).
- Die Förderung der Bürgerbeteiligung und der Selbsthilfepotentiale (Nachbarschaft) schafft Zufriedenheit und senkt Kosten. Art und Umfang der Förderung könnten dabei projektbezogen festgelegt werden.

Integriertes Wohnen/Mehr-Generationenwohnen:

- Probleme bei der Belegung von Wohnungen im Rahmen des Integrierten Wohnens entstehen aufgrund der Verknüpfung von Förderung und Belegungsrecht im sozialen Wohnungsbau. Hier sind Ausnahmeregelungen bzw. Belegungsrechte der Träger erforderlich.
- Eine Mischung der Finanzierungsformen (freie Mietwohnungen, sozialer Wohnungsbau, Eigentumswohnung) innerhalb der Projekte ist zu ermöglichen, um eine Teilhabe verschiedener Einkommens- und Sozialschichten zu fördern.
- Eine steuerliche Förderung von genossenschaftlichen Eigentumsformen (= lebenslanges Nutzungsrecht der Genossenschaftsmitglieder) in Verbindung mit Mehr-Generationen-Wohnprojekten ist sinnvoll, um vor allem bereits bestehende Bestände alter(n)sgerecht umzugestalten, aber auch um neue Investitionen in dieser Richtung anzuregen.
- Obwohl von entscheidender konzeptioneller Bedeutung, werden Gemeinschaftsräume in den verschiedenen Wohnformen älterer Menschen bislang nicht oder kaum gefördert. Die Formulierung von einheitlichen Förderrichtlinien für Gemeinschaftsräume ist anzustreben.
- Die möglichst ortsnah angesiedelte Beratung von an Gemeinschaftswohnformen interessierten Menschen muß gefördert werden, um Hemmnisse gegenüber und Risiken bei der Umsetzung abzubauen.

Haus- und Wohngemeinschaften älterer Menschen:

- Die Träger der Altenhilfe, Wohnungsbaugesellschaften und -genossenschaften sind auf die wachsende Zielgruppe älterer Menschen, die zukünftig in Haus- oder Wohngemeinschaften leben möchten, aufmerksam zu machen. Materielle Anreize des Staates (steuerliche Vergünstigungen, Förderung im Rahmen des experimentellen Wohnungsbaus, kommunale projektbezogene Förderung u. ä.) sind für die weitere Verbreitung und Erprobung derartiger Wohnformen als sinnvoll zu betrachten.

Altenwohnheim, Altenheim, Altenpflegeheim

- Der zukünftigen siedlungsstrukturellen Verteilung der Altengenerationen ist durch eine möglichst flächendeckende Ausstattung mit den verschiedenen alter(n)sgerechten Formen institutionellen Wohnens Rechnung zu tragen.
- Als Folge größerer Anteile (alleinstehender) Hochaltriger und sich verändernder Wohnbedürfnisse zukünftiger Altengenerationen ist langfristig auf eine stärkere Betonung des Wohnaspektes auch in den stationären Einrichtungen der Pflege hinzuwirken (vgl. auch Abschnitt 7.2.). Bereits in der Praxis erprobte Modelle wie die „Kleeblatt“-Heime können hierfür richtungweisend sein. Dies gilt auch für das Wohnen älterer Menschen in den Behinderteneinrichtungen.
- Zur stärkeren Betonung des Wohnaspektes gehört auch die Wahrung der Persönlichkeitsrechte und der Intimsphäre der älteren Menschen in den stationären Einrichtungen. Wohnstandard für Alleinstehende muß das Einzelzimmer sein. Auf Wunsch sollte auch die Möglichkeit zum gemeinschaftlichen Wohnen im Zimmer ermöglicht werden.
- Zur besseren Übersichtlichkeit und Orientierung für die Bewohner sollten die stationären Einrichtungen möglichst übersichtlich gestaltet sein. Insbesondere diejenigen Bewohner, die zeitweise desorientiert oder verwirrt sind, können sich dadurch freier bewegen.

Zu Wohnumfeld und Wohnumwelt (6.4)

- Als mögliche Ansatzpunkte für die Politik ergeben sich für den Bereich der Wohnumfeldgestaltung:

Zum Unmittelbaren Wohnumfeld (Haus, Straße, Quartier, Stadtteil) (6.4.1);**zu den Unterschieden zwischen Stadt, Umland der Städte und Land (6.4.2):**

- Die langfristige Veränderung des Bevölkerungsaufbaus erfordert eine abgestimmte Vorgehensweise von Stadtentwicklungsplanung, Sozialplanung und Altenhilfeplanung in den verschiedenen Gebietskörperschaften. Hier sind die Kommunen

und die Landkreise aufgefordert, entsprechende Modelle zu entwickeln.

- In Bebauungsplänen sollten Flächenreserven für zukünftig erforderliche Einrichtungen der sozialen Infrastruktur vorgesehen werden, und diese sollten möglichst flexibel und vielfältig nutzbar sein.
- Ebenso wie die Wohnungen sollte das Wohnumfeld den Maßgaben der Barrierefreiheit angepasst werden. Planerische Vorgaben leistet hier die DIN 18024 („Bauliche Maßnahmen für Behinderte/Planungsgrundlagen Straßen, Plätze, Wege“), die Planung, Architektur und Ausführung von Gebäuden betreffend. Die Prinzipien des barrierefreien Bauens müssen entsprechend in den Landesbauordnungen und den Förderbestimmungen der Länder berücksichtigt werden.
- Gebäude sind so zu bemessen und auszustatten, daß sie den Erfordernissen möglichst vieler Generationen gerecht werden. Dies betrifft insbesondere die Aspekte der Zugänglichkeit der Wohnungen, der Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten, der Wohnungsvielfalt aber auch der Möglichkeit einer lebenslaufgerechten Wohnungsanpassung.
- Kurze und sichere Wege zu den Einrichtungen der Versorgungs-, Sozial- und Freizeitinfrastruktur sowie die Anbindung an ein entwickeltes Netz des öffentlichen Personennahverkehrs sind erforderlich.
- Frei- und Grünflächen sind so zu gestalten, daß sie Raum für ungezwungenen Aufenthalt, für Erholung, zur Begegnung und zur spontanen Aktivität (etwa Ballspiele, Picknick) bieten.
- Die aktive Bürgerbeteiligung mit dem Ziel, die Selbsthilfe- und Beteiligungsfähigkeit der Bewohner einer Wohnanlage, eines Quartiers oder eines ganzen Stadtteils zu aktivieren und zu nutzen, sollte gefördert werden.

Zur Zusammensetzung der Quartiere (6.4.3):

- Bund, Länder und Kommunen sind aufgefordert, die soziale Gestaltung der Siedlungsräume durch aktive Wohnungsbaupolitik, Investorenförderung, Bestands- und Mieterschutzmaßnahmen, innovative Wohn- und Bauvorhaben, Einzelfallhilfen, Wohnungsmanagement zur Problemlösung in hochverdichteten Wohngebieten, Bekämpfung der Obdachlosigkeit und Unterstützung von Selbsthilfepotentialen zu ihrer Aufgabe zu machen.
- Um in den Städten des 21. Jahrhunderts Wohnen und Arbeiten, Konsum und Alltagsleben nicht mit ständig wachsenden Umweltbelastungen zu verbinden, sind ressourcenschonende und emissionsmindernde Entwicklungsmaßnahmen in ökologisch ausbalancierten Siedlungsregionen vorzunehmen. Eine Balance zwischen Naturschutz, Humanökologie und globalen ökologischen Erfordernissen ist anzustreben.

- Das Ziel gut durchmischter Siedlungsstrukturen schließt hochverdichtete funktionale Nutzungsräume (Einkaufen, Büros, Produktion, Freizeit) nicht aus, sofern diese flächensparend angelegt sind. Eine Balance zwischen Mischung und funktionaler Trennung ist anzustreben und durch entsprechende Maßnahmen, die den einzelnen Bewohnern und Unternehmungen die Vorteile von Nutzungsmischungen verspüren lassen, zu fördern.
- Wirtschaftlicher Strukturwandel, Deindustrialisierung und Tertiärisierung der Wirtschaft beinhalten immer auch die bauliche Umgestaltung der Siedlungsräume. Diese Prozesse sind in den Dienst der Stadtentwicklung zu stellen, wobei gleichzeitig die Balance von Fortbestand und Wandel beachtet werden sollte. Recycling von Flächen und vorhandener Gebäudesubstanz sollten gleichberechtigt neben die Erschließung neuer Gebiete treten.
- Effektivere Mobilitätssysteme sind nicht nur aus ökologischen Gründen sondern generell im Zusammenhang kompakter und gut durchmischter Regionen (insbesondere der Städte) zu entwickeln. Langfristig ist über ein Steuerungsinstrument durch Preise bzw. den Abbau pauschaler Verkehrssubventionsmaßnahmen nachzudenken.
- Die zuständigen Gebietskörperschaften, insbesondere die öffentlichen Verwaltungen der Kommunen als Leistungsorgane sollten modernisiert werden. Klärung der Verantwortung, Vereinfachung der Verwaltung, klare Zuständigkeiten und die Möglichkeit zur Einnahmenregulierung könnten Voraussetzungen hierfür schaffen.

Zur kommunalen und regionalen Infrastruktur (6.5)

- Als Anforderungen an die Politik ergeben sich für den Bereich der kommunalen und regionalen Infrastruktur:

Zu wohnungs- und quartierbezogenen Diensten und Einrichtungen (6.5.1):

- Eine Versorgung mit den wichtigen Waren- und Dienstleistungsangeboten des täglichen Bedarfs muß zukünftig in allen Siedlungstypen sichergestellt werden. Hierzu sind neue Betriebs- und Vertriebsformen (Nebenverdienststellen, Kioske, mobile Verkaufswägen, Bringdienste und Kleinstmärkte) und die Bündelung verschiedener Serviceleistungen (vergleichbar mit dem „Nachbarschaftsladen 2000“) zu entwickeln, die räumlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen und kommunal zu fördern.
- Die Wohnquartiere müssen mit einem möglichst umfassenden Angebot an ergänzenden und unterstützenden (ambulanten) Diensten und Einrichtungen ausgestattet sein. Die Angebote zur Tages- und Kurzzeitpflege müssen ausgeweitet werden sowie begleitend durch Öffentlichkeitsarbeit flankiert werden (vgl. auch Kapitel 7 „Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung“).

- Die Kurzzeitpflege sollte möglichst als eigenständiges Angebot innerhalb einer umfassenden Einrichtung oder eines Angebotskomplexes etabliert werden und auch in der vertrauten Umgebung der eigenen Wohnung geleistet werden können.
 - Die von privaten und öffentlichen Trägern einzurichtenden Tagespflegeeinrichtungen sollten in Wohnortnähe liegen und möglichst an andere Tagesangebote für ältere Menschen (Servicezentren, Tagesstätten) angebunden werden.
 - Um dem zukünftigen Bedarf an Einrichtungen der sozialen Infrastruktur zu entsprechen, sollten in den Bebauungsplänen dafür Flächen ausgewiesen werden.
 - Infrastruktureinrichtungen der Altenhilfe und auch Begegnungs-, Freizeit- und Kultureinrichtungen sollten eine flexible und vielfältige Nutzung ermöglichen und in der Regel dezentral, quartierbezogen und vor allem gemeinwesenorientiert und damit generationenübergreifend angeboten werden. Dabei spielt die Vernetzung der beteiligten Institutionen durch örtliche Kooperations- und Koordinationsbeziehungen eine wichtige Rolle. Dies kann durch die Förderung der Servicezentren, Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV's) und von kommunalen Leitstellen geschehen. Die Integration von (auch ehrenamtlichen und selbsthilfebezogenen) Beratungsdiensten ist anzustreben.
 - Unter generationenübergreifenden Aspekten (Familienpolitik, Seniorenpolitik) sollte ein an sozialen Kriterien orientiertes Wohnmanagement besonders in verdichteten Wohngebieten, Großwohnanlagen und Wohnvierteln mit problematischen Bewohnerstrukturen zur Problemlösung eingesetzt werden.
 - Wohnungsberatungsstellen sollten aufgrund der wachsenden Bedeutung des alter(n)s gerechten Wohnens im Alter zum Bestandteil der Regelausstattung der kommunalen und regionalen Gebietskörperschaften gehören. Zur Erfüllung ihrer umfassenden Aufgaben sollten sie langfristig über ausreichend qualifiziertes Personal und ausreichende Sachmittel verfügen. Wohnberatung bzw. Wohnungsanpassungsberatung sollte wohnungsnah und wohnumfeldbezogen geschehen und muß stark gefördert werden. Die Zusammenarbeit mit Handwerksbetrieben, sozialen Diensten und Selbsthilfeeinrichtungen und -initiativen sowie die Einbeziehung der potentiellen Helfer in sozialpolitische Maßnahmen sollte ausgeweitet werden. Zu den Aufgaben der Wohnberatung sollte zukünftig auch die hilfebezogene Organisation von Wohnungstauschprogrammen gehören. Den Kommunen sollte es ermöglicht werden, Wohnungsbaufördermittel in die Finanzierung von Wohnungstauschprogrammen zu lenken.
- Zusammenwirken von Verkehrsplanern, Städteplanern, Verkehrssicherheitsexperten und möglichst den am Verkehrsgeschehen teilnehmenden Gruppen bzw. ihren Vertretungen.
- Zur Verbesserung der individuellen Verkehrssicherheit sind konkrete Strategien zur Bewältigung von Defiziten zu erarbeiten. Hierzu zählen insbesondere Sicherheitstrainings für die Verkehrsteilnehmer und verkehrsberuhigende Maßnahmen.
 - Mobilitätsfördernde und unfallvermeidende Maßnahmen müssen für die verschiedenen individuellen Fortbewegungsarten (Fußgänger, Radfahrer und Autofahrer) entwickelt werden und auf verschiedenen Ebenen (Straßenverkehrsordnung, Verkehrsführung, Verkehrszeichen und -einrichtungen, Fahr- und Gehbereiche) ansetzen. Grundsätzlich muß der Individualverkehr mit dem öffentlichen Personenverkehr sinnvoll verknüpft werden.
 - Aufgrund der wissenschaftlich nachgewiesenen Abnahme des Sehvermögens ab dem 40. Lebensjahr sind älteren Autofahrern regelmäßig Sehtests anzubieten.
 - Eine Schlüsselfunktion wird zukünftig den öffentlichen Verkehrssystemen in allen Siedlungstypen zukommen. Die Anpassung der verschiedenen Komponenten des öffentlichen Verkehrssystems an die Anforderungen älterer Menschen ist flächendeckend voranzutreiben und kommt auch anderen Bevölkerungsgruppen (bspw. Familien mit Kindern, Behinderten) entgegen. Besonders sind hier zu nennen:
 - Ein ausdifferenziertes und zeitlich abgestimmtes Fahrtenangebot vom reinen Linienverkehr bis zum Spezialdienst (Haus-zu-Haus-Fahrdienste).
 - Die Anpassung der baulichen Elemente (Zugangs- und Abgangswege, Fahrwege, Haltestellen usw.) an die Erfordernisse älterer Menschen.
 - Die Verbesserung der Begehrbarkeit der Fahrzeuge (Niederflursysteme), die entsprechende Anpassung der Haltestellen sowie die Entwicklung und Verbesserung technischer und optischer Hilfsmittel (Haltestangen, Haltewunschasten, Haltestellenanzeige und -ansage, Lichtschranken) in den Fahrzeugen und an den Haltestellen (z. B. möglichst einheitliche Automaten).
 - Verbesserung des Fahrbetriebs durch gezieltes Training der Fahrkräfte und durch Informationsprogramme für die Nutzer.
 - Möglichst einfache und verallgemeinerbare Prinzipien bei der Tarifgestaltung unter Einbeziehung von spezifischen Angeboten für einzelne Nutzergruppen oder spezielle Zeiträume.
 - Ausbau und Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit und der gezielten Kundenberatung.

Zur Verkehrsinfrastruktur (6.5.2):

- Ein auf die Folgewirkungen des demographischen Wandels abgestimmtes Verkehrssystem im Wohnumfeld erfordert aufgrund seiner Komplexität das

Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung München (1993): Fachgespräch Wohnungsanpassung. Möglichkeiten und Grenzen bayernweiter Initiativen. Dokumentation, Eigenverlag, München

Baldock, John/Evers, Adalbert (1992): Versorgungssysteme für ältere Menschen im europäischen Vergleich, in: Kytir, Josef/Münz, Rainer: Alter und Pflege. Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos, Berlin

Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft — Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt

Bertram, Hans (Hrsg.) (1991): Die Familie in Westdeutschland — Stabilität und Wandel familialer Lebensformen. Deutsches Jugend-Institut — Familien-Survey 1, Opladen

Börsch-Supan, Axel (o.J.): Langfristige Perspektiven im Wohnungsmarkt — Folgen für eine Reform der Wohnungsförderung, Mannheim, London, Cambridge,

Brasse, Barbara/Klingeisen, Michael/Schirmer, Ulla (Hrsg.) (1993): Alt sein — aber nicht allein. Neue Wohnkultur für Jung und Alt, Münster

Brech, Joachim/Potter, Philip (Hrsg.) (1991): Älter werden — wohnen bleiben. Europäische Beispiele im Wohnungs- und Städtebau, Darmstadt

Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (1992): Perspektiven der künftigen Bevölkerungsentwicklung in Deutschland, Teil 2: Regionale Bevölkerungsprognose 2000, in: Informationen zur Raumentwicklung, Heft 11/12.1992

Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (1993 a): Forschungsfeld „Nachbarschaftsladen 2000“; in: EXWOST-Informationen Nr. 4+5

Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (1993 b): Forschungsfeld „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier“, in: EXWOST-Informationen Nr. 10+11, Bonn

Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (1993 c): Obdachlosigkeit in den neuen Bundesländern; in: Materialien zur Raumentwicklung, Heft 55

Bundesministerium für Familie und Senioren (1993 a): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Stuttgart

Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.) (1993 b): Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland, Bonn

Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (1991 a): Wohnungen für ältere Menschen, Bonn

Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (1991 b): Wohnen alter und Pflegebedürftiger Menschen, Bonn

Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (Hrsg.) (1993): Kommission Zukunft Stadt 2000: Zukunft Stadt 2000 — Abschlußbericht, Bonn

Bundesministerium für Verkehr (1993): Statement zum Kongreß „Verkehrssicherheit älterer Menschen — Mobilität erhalten und fördern“ am 5. Oktober 1993

Bura, Josef/Kayser, Barbara (1992): Miteinander Wohnen — Wohnprojekte für Jung und Alt, Darmstadt

Deutsche Nationalkommission für das Internationale Jahr der Familie (1994): Familienreport 1994, Bonn

Deutscher Bundestag (1993 a): Entschließungsantrag „Reisemöglichkeiten für Behinderte“, Bundestags-Drucksache Nr. 12/6288 vom 1.12.1993

Deutscher Bundestag (1993 b): Bundestags-Drucksache 12/4557 vom 10. März 1993

Deutscher Bundestag (1993 c): Bundestags-Drucksache 12/5364 vom 30. Juni 1993

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1993 d): Bundestag-Report 10/93

Deutscher Bundestag (1993 e): Protokoll der 14. Sitzung der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zum Thema: Mobilität und Wohnen im Alter vom 01. Oktober 1993

Diakonisches Werk der EKD (1993): Diakonie-Report 6/93

Ev. Akademie Loccum (Hrsg.) (1993): Betreutes Wohnen in Europa, Rehburg-Loccum

Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (1993): ÖPNV — Anforderungen älterer Menschen an öffentliche Verkehrssysteme, unveröff. Manuskript.

Friedrich, Klaus (1994): Intraregionale und interregionale Muster und Prinzipien der Mobilität älterer Menschen, Gutachten für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ beim Deutschen Bundestag, Bonn, Ks.-Drucksache Nr. 201

Großhans, Hartmut (1987): Wohnen im Alter — Materialien, Köln

Großhans, Hartmut (1989): Quartiersbezogene Berücksichtigung der Lebensbedürfnisse älterer Menschen, in: Bayerische Architektenkammer (Hrsg.): Wohnen im Alter — Perspektiven einer Lebensform, S. 43—48, München

Großhans, Hartmut (1992): Wohnen im Alter, Köln

Heins, Rüdiger (1993): Obdachlosenreport, Düsseldorf

Hoffmann, Theodor (1992): Alte behinderte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland und im

Ausland; in: Rapp, Norbert/Strubel, Werner (Hrsg.): Behinderte Menschen im Alter, Freiburg i.B.

Ifo-Institut für Wirtschaftsforschung (1992): Baubedarf in den neuen Bundesländern bis 2005, München

Institut für Bauforschung e.V. (1990): Behindertenwohnungen — Ermittlung der Kostenauswirkungen der überarbeiteten DIN 18025, Teil 2, Entwurf August 1989

Institut für Entwicklungsplanung und Strukturfor-
schung (IES) Hannover (1993): Entwicklung des Wohnens und Wohnumfelds älterer Menschen bis zum Jahr 2030: Gutachten für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ beim Deutschen Bundestag, Bonn

Institut für Entwicklungsplanung und Strukturfor-
schung (IES) Hannover (1994): Verfügbarkeit und Möglichkeiten der Mobilisierung von Wohnbaulandreserven in ausgewählten Städten und Gemeinden Niedersachsens, Hannover

Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung (1993): Die Kleeblatt-Pflegeheime im Landkreis Ludwigsburg, Saarbrücken

Institut für Städtebau, Wohnungswirtschaft und Bau-
sparwesen (1990): Eigentumsquoten im internationalen Vergleich; in: Globus, Kartendienst 26.3.1990

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (1988): Neue Konzepte für das Pflegeheim, Köln

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1990): Betreutes Wohnen — Diskussionsbeiträge, Köln

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (1992 a): Tagespflege — Erfahrungen aus der Sicht der Praxis, Köln

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (1992 b): Kurzzeitpflege in der Bundesrepublik Deutschland, Studie im Auftrag des MBFuS, Bonn

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1993 a): Betreutes Wohnen — Erfahrungen aus der Praxis, Köln

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (1993 b): Neue Chancen für Gemeinschaftswohnprojekte von Jung und Alt, Köln

LandesBauSparkasse Hannover (Hrsg.) (1990): Ältere Menschen. Wohn- und Lebensbedingungen und ihre Änderungsbereitschaft, Bonn

LandesBauSparkasse Hannover (Hrsg.) (1992): Diskrepanz zwischen Zukunftsplänen und Angebot — Konsequenzen für die Schaffung altengerechter Wohnformen, Bonn

Ministerium für Stadtentwicklung, Wohnen und Verkehr des Landes Brandenburg (1992): Planen und Bauen für alte und behinderte Menschen, Potsdam

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1989): Ältere Menschen in NRW, Düsseldorf

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1993): Zu Hause älter werden, Düsseldorf

Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Baden-Württemberg (1991): Betreutes Wohnen für ältere Menschen, Stuttgart

Mülheimer Wohnungsbau e.G. (1993): Modellversuch „Hilfen beim Wohnungstausch“, Mülheim (Eigenverlag)

Pfeiffer, Ulrich (1993): Wohnen für alle. Ein Beitrag zur Diskussion des Wohnungsproblems in Deutschland, Bonn

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1993 a): Sozialpolitische Umschau 240/1993

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1993 b): Sozialpolitische Umschau 382/1993

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1993 c): Sozialpolitische Umschau Nr. 442/1993

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1993 d): Sozialpolitische Umschau Nr. 535/1993

PROGNOS (1993): Die Bundesrepublik Deutschland 2000—2005—2010, Basel

Rückert, Willi (1991): Altenheime — Aufbewahrungsort oder kreativer Lebensraum, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Zukunft sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste in den neuen Bundesländern (Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr.8), S. 67—84, Bonn

Saup, Winfried (1993): Alter und Umwelt, Stuttgart, Berlin, Köln

Schachtner, Christel (1989): Ein neues Leben — Alt werden in einer Wohngemeinschaft, Frankfurt

Schaechterle, Karlheinz/Hartenstein, Wolfgang (1993): Mobilität und Verkehrsmittelwahl, unveröff. Diskussionspapier zum Fachkongreß „Verkehrssicherheit älterer Menschen — Mobilität erhalten und fördern“, Bonn

Schmidt, Roland (1988): „Zugehende Sozialarbeit“ am Beispiel der Sozialkommissionen in Berlin-Neukölln, in: Interdisziplinäre Arbeitsgruppe für angewandte Soziale Gerontologie Kassel: Die Arbeit mit älteren Menschen. Kassel

Schmidt, Ulrich (1990): Wahlfamilie — Ein Modell für das Wohnen von morgen, Zürich

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1991): Im Blickpunkt — Ältere Menschen, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1992): Datenreport 1992, Bonn

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1993): Statistisches Jahrbuch 1993 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden

Stolarz, Holger (1986): Wohnungsanpassung — Maßnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Stolarz, Holger/Bottke, Brigitte (1990): Anpassungsinitiativen. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln

Stolarz, Holger/Friedrich, Klaus/Winkel, Rolf (1992): Wohnen und Wohnumfeld im Alter — Expertise für den 1. Altenbericht der Bundesregierung, Köln

Tyne & Wear Passenger Transport Authority (1993): Beratungsforum über Beförderungsmittel für ältere Leute vom 28.4.1993, unveröff., Sunderland.

VdK Landesverband Baden-Württemberg (1993): Bauen für Behinderte, Stuttgart

Weeber + Partner (1993): Wohnen im Alter, Zukunftsweisende Lösungen. Praxis — Probleme — Perspekti-

ven. Forschungsprojekt im Auftrag des Ministeriums für Bauen und Wohnen des Landes Nordrhein-Westfalen. Stuttgart

Wendt, Wolf R. (Hrsg.) (1993): Ambulante sozialpflegerische Dienste in Kooperation, Freiburg i.B.

Wissenschaftszentrum Sozialforschung Berlin (1993): Wohlfahrtssurvey 1993

Wüstenrot Stiftung Deutscher Eigenheimverein e.V. (1993): Selbständigkeit durch Betreutes Wohnen im Alter, Ludwigsburg

Wüstenrot (1993): Indikatoren der regionalen Wohnungsmarktentwicklung 1992/93

7 Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung

7.1 Gesundheitliche Situation

7.1.1 Gesundheit im Alter und vorausgegangene Einflußfaktoren

Lebenserwartung, Lebensbedingungen und durchschnittlicher Gesundheitszustand der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland in gleichen Altersstufen haben sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert und zwar in den alten mehr als in den neuen Bundesländern. Dies trifft auch für die Altersgruppen oberhalb von 60 Jahren zu (vgl. Hoffmeister, 1993 a, b; 1989). Dieser Trend hält vermutlich an und führt zu weiter steigender Lebenserwartung und zu einem wachsenden Anteil älterer Menschen in unserer Bevölkerung (vgl. Tews, 1991; Schübler, 1993). Die empirische Altersforschung hat viele Nachweise dafür erbracht, daß das Erreichen eines hohen Alters nicht notwendig Abbau und Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten bedeuten muß. Auch Lebensqualität und Lebenszufriedenheit müssen nicht notwendigerweise Einbußen erleiden. Der Großteil der älteren Bevölkerung ist dazu in der Lage, sich kompetent mit den Anforderungen, Einschränkungen und Belastungen des Alters auseinanderzusetzen und die noch bleibenden Möglichkeiten der Situation zu nutzen (vgl. Kruse/Lehr, 1993; Thomae, 1993 a).

In empirischen Untersuchungen wird darüber hinaus auch die Schlußfolgerung gezogen, daß sich die gesundheitliche und seelisch-geistige Kompetenz der künftigen älteren Generation weiter verbessern wird, vorausgesetzt, daß bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sind:

- Verbesserte Möglichkeiten des Erwerbs und der Umsetzung von Fähigkeiten und Fertigkeiten während des gesamten Lebenslaufes;
- verbesserte Möglichkeiten einer Prävention von Krankheiten, von Immobilisation und von Funktionsverlusten sowie ein bewußtes Gesundheitsverhalten, das die Möglichkeiten der Medizin nutzt;
- verbesserte Möglichkeiten der (geriatrischen) Diagnostik, Therapie und Rehabilitation, die mit dazu beitragen, daß Erkrankungen rechtzeitig erkannt, bestimmte Funktionseinbußen wieder korrigiert oder zumindest gelindert werden können (Kruse/Lehr, 1993).

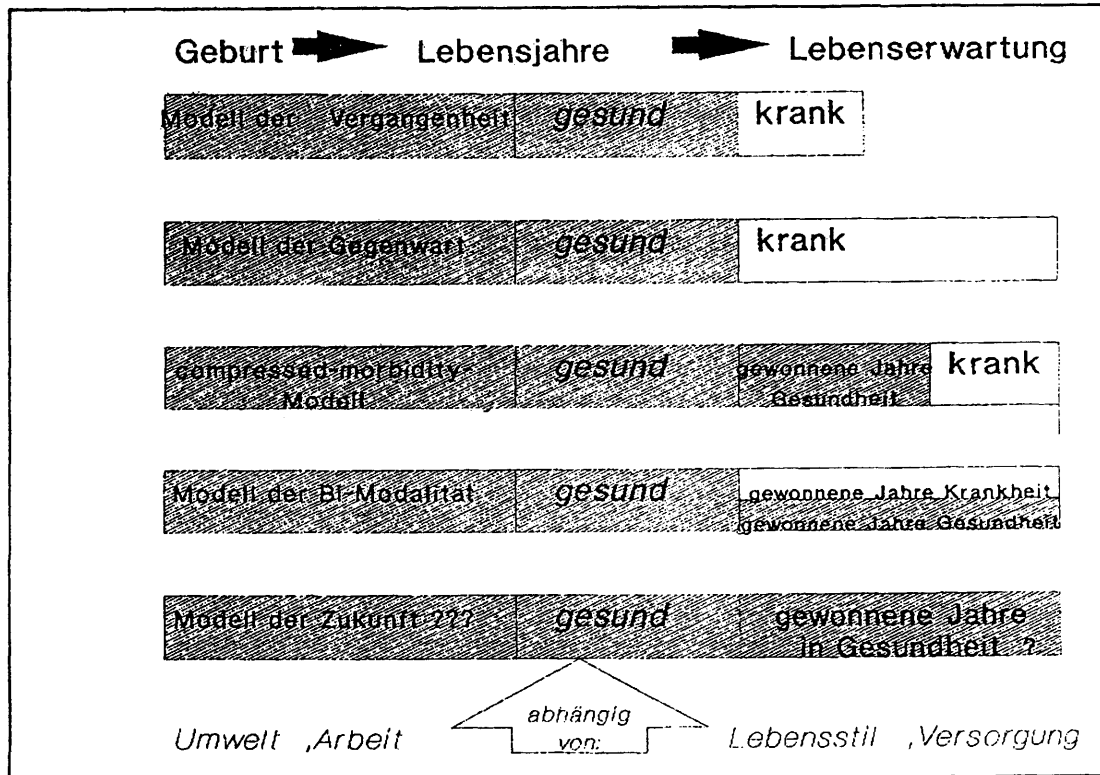
Die These, daß der höhere Anteil alter Menschen in der Bevölkerung zwangsläufig auch mehr kranke und pflegebedürftige Personen mit sich bringe, ist insofern differenziert zu betrachten. In der gerontologischen Fachliteratur werden hierzu unterschiedliche Positionen vertreten. Der amerikanische Mediziner Fries geht in einer optimistischen Zukunftsperspektive von einer „Kompression der Morbidität“ aus (compression

of morbidity) (Fries, 1980, 1984, 1989). Aufgrund des medizinischen Fortschritts und des sich verändernden Gesundheitsverhaltens sowie entsprechenden äußeren Veränderungen lasse sich die Auftrittswahrscheinlichkeit und der zeitliche Verlauf von Krankheiten künftig soweit verringern, daß irreversible Ausprägungen insbesondere von Alterserkrankungen verschoben werden können. Nach dieser Theorie wird die Anzahl der Krankheitsjahre immer kürzer und dementsprechend die Wahrscheinlichkeit einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit tendenziell geringer. Im Gegensatz dazu gehen andere Ansätze (vgl. etwa Schneider, 1989; Guralnik, 1993) von einer deutlichen Zunahme der Krankheitsphasen im Alter aus. Empirisch stützt sich eine derartige Position z. B. auf Daten über die Inzidenz-Raten von dementiellen Erkrankungen oder Bewegungseinschränkungen aufgrund von Knochenbrüchen im Alter. Je länger Menschen leben, desto wahrscheinlicher ist es aus dieser Sicht, daß Alter mit erhöhter Morbidität und fehlender Vitalität einhergeht. Eher als Synthese zu betrachten ist das Konzept der Bi-Modalität (Kane et al., 1990), das davon ausgeht, daß sich zwar langfristig der Gesundheitszustand bei den nachwachsenden Alterskohorten verbessern und eine Zunahme der gesunden aktiven älteren Menschen zu verzeichnen sein wird, gleichzeitig aber auch der Anteil behinderter, gesundheitlich beeinträchtigter und pflegebedürftiger älterer Menschen zunehmen wird, sofern sich nicht einschneidende Änderungen im Gesundheitsverhalten ergeben. Aufgrund jüngster Untersuchungen (z. B. Infratest, 1993) scheint die Annahme, die Entwicklung führe zu höheren Anteilen schwer Pflegebedürftiger, eher gedeckt als die Annahme, Prävention, Behandlung und Rehabilitation hätten bereits zu einer Reduzierung geführt (Dieck, 1993) (vgl. Abb. 32).

Festzustehen scheint, daß kein monokausaler Zusammenhang zwischen demographischer Entwicklung, Lebensbedingungen, Alter und Krankheit besteht. Vor allem dem Alter selbst darf kein Krankheitswert beigemessen werden, wenn auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Krankheit mit zunehmendem Alter größer wird. Die gesundheitliche Situation im Alter ist vielmehr das Ergebnis einer lebenslangen Auseinandersetzung mit den unterschiedlichsten materiellen, psychologischen und sozialen Umwelt- und Lebensbedingungen.

Allerdings ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, daß einerseits hinsichtlich der Lebenssituation älterer Menschen den positiv veränderten sozialstrukturellen Entwicklungen (z. B. gestiegener Lebensstandard) Rechnung zu tragen ist. Berücksichtigt werden muß aber andererseits, daß trotz einer „Niveauerhöhung“ des Alters verschiedene Entwicklungen zu Gefährdungssituationen für einen Teil der älteren Menschen beigetragen haben oder, im Sinne

Szenarien zur Morbiditätsentwicklung



Quelle: Görres, 1994; eigene Auswertung.

einer zunehmenden Polarisierung der Lebensverhältnisse im Alter, noch beitragen können (Naegele, 1993). Als Prädiktoren — etwa im Sinne eines Morbiditätsrisikos — gelten neben den gesundheitlichen Anforderungen während der Früherwerbsphase Belastungen aus der Arbeits- und Umwelt, ebenso einkommens- und bildungsmäßige Einflußgrößen sowie Veränderungen der familiären Situation.

Die sozialepidemiologische Ungleichheitsforschung hat insgesamt eine Vielzahl von Belegen dafür erbracht, daß trotz wohlfahrtsstaatlicher Leistungen in Industriestaaten soziale Disparitäten im Gesundheitszustand der Bevölkerung persistieren. Es fehlen jedoch theoretisch fundierte Erklärungen über die Mechanismen der Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit bei Morbidität und Mortalität (vgl. Elkeles/Mielck, 1993; Klein, 1993). Aussagen zur relativen Gesundheit, Morbidität und Mortalität von früheren, heutigen und zukünftigen Alterskohorten sind daher nur bedingt sinnvoll, da die soziale Ungleichheit beträchtlich ist und aggregierte Daten die Differenzen unterschlagen (vgl. Müller, 1994).

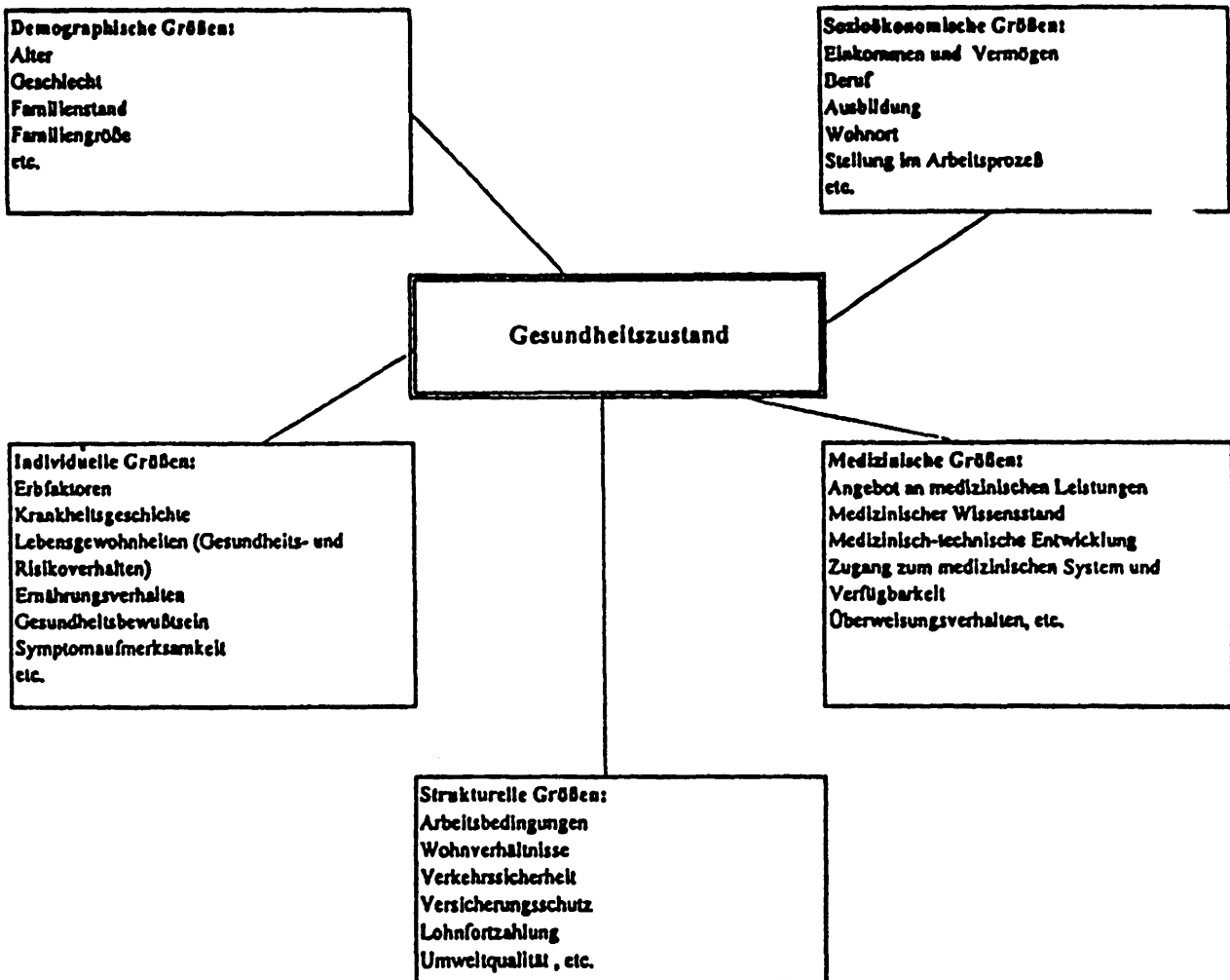
Fest steht jedoch, daß der Gesundheitszustand nicht als eine deterministisch abzuleitende abhängige, medizinisch-biologisch bestimmte Variable betrachtet werden kann. Der vorangegangene Lebensstil, die biographische und aktuelle Lebenssituation älterer Menschen haben vielmehr einen unmittelbaren Einfluß auf deren Gesundheitszustand, denn die sich

daraus ergebenden und verfügbaren materiellen und sozialen Ressourcen stecken den Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum des Einzelnen ab, den er insbesondere zur selbstverantwortlichen Gesundheitssicherung und zur Bewältigung von Belastungen und Krankheiten nutzen kann. Demnach sind nicht nur natürliche, im Sinne von biologisch-genetischen Faktoren verantwortlich zu machen, vielmehr spielen auch psychologische und soziale Bedingungen wie auch ökologische Faktoren eine Rolle (Lehr, 1979). Darüber hinaus entscheiden Erreichbarkeit, Quantität und Qualität sozialer, pflegerischer und medizinischer Angebote ganz wesentlich darüber, unter welchen Umständen das weitere Leben gestaltet werden kann (vgl. Abb. 33).

Um die gesundheitliche Situation Älterer und Behinderter auch für die Zukunft ihrer Lebenssituation angemessen beschreiben und unterstützen zu können, müssen deshalb genaue Kenntnisse über epidemiologische Entwicklungen und darüber vorliegen, welche Angebote benötigt werden und wo es in schon bestehenden Angeboten von Hilfen noch Defizite und Lücken gibt. Dies gilt sowohl für die alten als auch für die neuen Bundesländer. Darüber hinaus gehört zum Selbstverständnis wissenschaftlicher Analysen die Frage, wie wissenschaftliche Erkenntnisse und Ziele in praktische Politik umgesetzt werden, und wie Maßnahmen für eine bessere gesundheitliche Versorgung Älterer und Behinderter vorangetrieben werden können (Verhülsdonk, 1993).

Abbildung 33

Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes



Quelle: Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1994.

7.1.2 Epidemiologie von Krankheit und Behinderung im Alter

Obwohl angesichts fehlender Gesundheits- und Altersberichterstattung die Daten zur Epidemiologie völlig unzureichend sind, kann als sicher gelten, daß die in den letzten Jahrzehnten ständig wachsende Zahl Älterer — und vor allem Hochbetagter — in der Gesamtbevölkerung mit dafür verantwortlich ist, daß Krankheiten im Alter nach Zahl und Behandlungsbedarf zugenommen haben. Bei den Erkrankungsziffern für die bis zu 14jährigen und für die 15- bis 39jährigen gab es nur geringe Unterschiede. Ab dem 40. Lebensjahr verstärkte sich mit zunehmendem Alter die Anfälligkeit für Krankheiten, so daß die Erkrankungsziffern für die 40- bis 64jährigen Männer und Frauen fast doppelt so hoch waren wie die für die Altersgruppe von 15 bis 39 Jahren. Wiederum eine Verdoppelung der Erkrankungsziffern ließ sich für die über 65jährigen gegenüber den 40 bis 64 Jahre alten Menschen feststellen. Am häufigsten waren Frauen von dem vollendeten 65. Lebensjahr an krank.

Mit zunehmendem Alter nimmt nicht nur die Häufigkeit der meisten Erkrankungen zu, sondern immer häufiger bestehen verschiedene Krankheiten zeitlich synchron nebeneinander. Diese Multimorbidität stellt ein charakteristisches Phänomen des Alterns aus medizinischer Sicht dar (Schramm, 1988). Bei 70- bis 90jährigen geht man von etwa 5 bis 9 nebeneinander existierenden Diagnosen aus, von denen ein großer Teil chronisch ist (Lang/Diepgen, 1988; Franke, 1983; BMFuS, 1992).

Ein wichtiges integrierendes Maß für die gesundheitliche Entwicklung einer Bevölkerung ist die Lebenserwartung (vgl. Kapitel 1 „Demographischer Wandel: Die Daten und ihre Entwicklung bis 2030“). In den alten Bundesländern beträgt die Lebenserwartung der Neugeborenen heute 73 Jahre für Jungen und 79 Jahre für Mädchen. Die Lebenserwartung hat in den vergangenen 100 Jahren stetig zugenommen. In der jüngsten Vergangenheit hat die Bundesrepublik mit 2,3 Monaten je Jahr sogar einen unerwartet kräftigen Anstieg der Lebenserwartung erlebt, der

vermutlich auch in den nächsten Jahren so noch anhalten wird. In der DDR hat stattdessen eine eher gegenläufige Entwicklung stattgefunden; die Überlebenschancen der alten Menschen haben sich dort weniger günstig als in der Bundesrepublik entwickelt. Wenn sich auch die Sterblichkeit in den neuen Bundesländern Osten bis zum Jahre 2000 an das Niveau im Westen angenähert haben wird, so daß dann die Unterschiede in der Lebenserwartung nicht mehr als ein Jahr betragen, so ist die Lebenserwartung der Menschen in den neuen Bundesländern gegenwärtig zweieinhalb Jahre geringer als in den alten Bundesländern. Es zeigt sich, daß das mittlere Sterbealter in den neuen Bundesländern insgesamt, besonders aber für Krebs, Diabetes mellitus, Hypertonie, ischämische Herzkrankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane und Unfälle deutlich niedriger liegt und die Anzahl der Jahre in Krankheit bzw. die durchschnittlichen Sterbeziffern fast überall diejenige in den alten Bundesländern überschreitet. Ursache dafür ist unter anderem ein Mehr an Risikofaktoren bezüglich Herz- und Kreislauferkrankungen, nämlich Cholesterinwert, erhöhter Blutdruck, Zigarettenrauchen und erhöhtes Körpergewicht. Daß Krankheiten, wie Kreislauf- oder Durchblutungsstörungen, Leber- oder Gallenbeschwerden viel häufiger genannt werden als in den alten Bundesländern, dürfte neben Ernährungsgewohnheiten auch auf die stärkeren Umweltbelastungen, lückenhafte Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Mangel an bestimmten Medikamenten, unzumutbaren Wartelisten bei Operationen usw. zurückzuführen sein. Es kann aber daraus nicht auf ein geringeres Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung in den neuen Bundesländern geschlossen werden (vgl. Schwitzer/Winkler, 1993). Allerdings dürften sich durch die Wende auch — und dies besonders für die mittleren Altersgruppen — Einbrüche in die Lebenskarriere bemerkbar gemacht haben, die eine erhebliche Zunahme der Unzufriedenheit und damit psychosozialer Belastungssituationen erkennbar machen, bezogen auf alle Lebensbereiche: Situation der Familie, Arbeits- und Freizeitbereich, Einkommen, Wohnung und Gesundheit. Befragungen des Instituts für Demoskopie Allensbach zum Gesundheitszustand belegen, daß der Gesundheitszustand in den neuen Bundesländern besonders unter psychosomatischen Aspekten schlechter ist. Dies betrifft Schlafstörungen, Nervosität, Kopfschmerzen, Ermüdungserscheinungen, Magen- und Darmbeschwerden, Herzbeschwerden und gilt für Frauen öfter als für Männer (vgl. Schwitzer/Winkler, 1993). Erste Zahlen aus den neuen Bundesländern (z. B. 1. Gesundheitsbericht des Freistaates Thüringen, 1994, S. 46) weisen seit 1990 eine merklich rückläufige Gesamtsterblichkeit nach, besonders bei Frauen. Auch die gegenüber den alten Bundesländern stark überhöhte Suizidrate alter Menschen war bereits wieder erheblich rückläufig.

Aus der Morbiditätsentwicklung im Alter resultiert aber nicht automatisch auch ein höherer Leidensdruck für die Betroffenen; denn für die Lebensqualität des einzelnen ist — ausweislich neuerer Längsschnittstudien (Palmore, 1985; Lehr/Thomae, 1987; Idler/Kasl, 1991) — die subjektive Einschätzung des

Gesundheitszustandes — d. h., wie ein Mensch mit seinen Krankheiten/Behinderungen umzugehen versteht — oft von größerer Bedeutung als objektive medizinische Befunde (vgl. Lehr, 1987). Bei der subjektiven Einschätzung wird befindensstörenden Krankheiten eher ein größeres Gewicht beigemessen als unmittelbar vitalitätsbeeinträchtigenden Erkrankungen. Hinsichtlich der subjektiven Gesundheits-einschätzung stimmen die Angaben aus den alten und neuen Bundesländern praktisch überein: Mit zunehmendem Alter wird der Gesundheitszustand schlechter eingeschätzt, gleichermaßen bei Männern wie auch bei Frauen. Der Prozentsatz derer, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen, liegt bei den 60- bis 69jährigen etwa dreimal höher als bei den 25- bis 29jährigen. Andererseits ist festzustellen, daß rund 75 v. H. der 60- bis 69jährigen ihren Zustand als gut oder zufriedenstellend bezeichnen (vgl. Schwitzer/Winkler, 1993; Möhlmann/Zollmann, 1989; Hoffmeister, 1993 a).

Da inzwischen die Ergebnisse aus den Wohlfahrtssurveys/West im Zehn-Jahres-Abstand vergleichbar sind, läßt sich bei den 50- bis 59jährigen 1988 zudem feststellen, daß der Anteil dauernd kranker und behinderter Befragter auf 15 v. H. im Vergleich zu 22 v. H. im Jahre 1978 zurückgegangen ist (Statistisches Bundesamt, 1989). Trotz der Probleme von Befragungen zum Gesundheitszustand und des tatsächlichen Nachweises von Veränderungen legen es diese Zahlen in Verbindung mit anderen verfügbaren Hinweisen nahe, eher von einem verbesserten subjektiven Gesundheitszustand der nachfolgenden Alterskohorten auszugehen (Tews, 1991).

Objektive Daten aus der epidemiologischen Forschung in der Bundesrepublik Deutschland bieten kein wesentlich anderes Bild, wenn auch bezogen auf das höhere Alter kaum von repräsentativen Daten zur Häufigkeit und Verteilung von somatischen und psychischen Erkrankungen noch zu deren Ursachen und/oder Risikofaktoren gesprochen werden kann. Die meist günstigen Entwicklungen bei den schwerwiegenden Krankheiten haben zu einer seit Jahrzehnten stetig abnehmenden Gesamtsterblichkeit geführt. Gegenüber 1950 haben Männer heute eine um 25 v. H. niedrigere Sterberate, bei Frauen ist diese Rate um 33 v. H. niedriger. Die Senkung der Mortalität bzw. Verlängerung des Lebens führt zu einer Zunahme chronischer Krankheiten, auch solcher, die kein erhöhtes Mortalitätsrisiko für den erkrankten Menschen bedeuten. Dazu kommt, daß in jeder Altersgruppe seit langem auch der Anteil der Menschen ohne bestehende schwerwiegende und lebensbedrohliche Krankheiten wächst (vgl. Hoffmeister, 1990 a).

7.1.2.1 Somatische Erkrankungen im Alter

Herz-/Kreislauf-Krankheiten — Die Häufigkeit der koronaren (die Kranzgefäße betreffenden) Herzkrankheit nimmt eindeutig mit dem Alter zu (vgl. Lang/Diepgen, 1988). Dabei fällt auf, daß die Erkran-

kung bei den Männern früher (30. bis 39. Lebensjahr) beginnt als bei Frauen (nach dem 40. Lebensjahr). Allerdings kann aus der von der WHO vorgelegten internationalen Sterbestatistik abgelesen werden, daß die den Bereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten betreffende Sterberate — einschließlich der Altersgruppe der über 60jährigen — in der Mehrzahl der Industrienationen, bedingt durch verbesserte Diagnostik und Therapie, eine abnehmende Tendenz zeigt. Herz-Kreislauf-Krankheiten nehmen bei Frauen in der Bundesrepublik seit 40 Jahren kontinuierlich ab, seit 20 Jahren ist auch bei Männern eine kräftige Trendwende festzustellen. Dies gilt für alle Altersgruppen (WHO-Report, 1989). Neuere Untersuchungen aus den Jahren 1989 bis 1992 bestätigen diesen Trend (Statistisches Bundesamt, 1992).

Die Epidemiologie der koronaren Herzkrankheit ist eng mit sogenannten Risikofaktoren verbunden. Zu ihnen gehören die Hyperlipidämie (Zunahme der Blutfettwerte), Hypertonie (Bluthochdruck), der Nikotinabusus (Rauchen), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), körperliche Inaktivität und psychosozialer Streß. Diese Risikofaktoren begünstigen auch weiterhin das Entstehen der koronaren Herzkrankheit.

Erstmalig 1990/91 in den alten und den neuen Bundesländern gemeinsam ermittelte Daten belegen einen für die Gruppe der Männer reduzierte und für die Gruppe der Frauen geringfügig gestiegene Anzahl der Bluthochdruckkranken. Die Zahl der Adipösen (Übergewichtigen) hat bei beiden Geschlechtern zugenommen. Übereinstimmend konnte auch eine die Arteriosklerose fördernde Erhöhung der Cholesterinwerte bei gleichzeitiger Senkung des HDL-Cholesterins festgestellt werden. Der Anteil der maskulinen Raucher ist zurückgegangen, während die Entwicklung bei den Frauen umgekehrt verläuft: Insbesondere die Zahl der jüngeren Raucherinnen hat stark zugenommen. Bei einem Vergleich der Risikowerte zeigt sich, daß die günstigere Entwicklung für den Bluthochdruck und das Rauchen den Anstieg der Hypercholesterinämie (erhöhter „negativer“ Cholesterinanteil) in der männlichen Bevölkerung neutralisiert. Insgesamt ergibt sich für die Gruppe der Männer ein leicht reduziertes und für die Gruppe der Frauen ein nahezu unverändertes kardiovaskuläres (Herz und Gefäße betreffendes) Risiko (Hoffmeister 1993 a, b).

Die Ernährung ist von entscheidender Bedeutung für die Herz-Kreislauf-Krankheiten. Nach 30 Jahren epidemiologischer Forschung über die Ursachen und Entstehungsbedingungen dieser Krankheiten besteht kein Zweifel mehr daran, daß ernährungsbedingte hohe Blutfettwerte und Bluthochdruck neben dem Rauchen weitgehend das Erkrankungsrisiko für die häufigsten Zivilisationskrankheiten bestimmen. Erwähnenswert ist zudem, daß Risikofaktoren in den unteren sozialen Schichten erheblich häufiger vorkommen als in der Oberschicht, was mit den Daten des nationalen Gesundheits-Surveys klar zu belegen ist. Dies hat zur Folge, daß Herzinfarkt und andere Herz-Kreislauf-Krankheiten heute bevorzugt die ärmeren Schichten treffen; dort treten sie doppelt so häufig auf wie in der oberen Schicht.

Durch eine Intensivierung der Prävention könnte der positive Trend bei der Mortalität und Morbidität der Herz-Kreislauf-Krankheiten noch erheblich beschleunigt werden, wie inzwischen aus den Ergebnissen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie geschlossen werden kann. In Deutschland sterben jährlich immerhin 60 000 Männer und 30 000 Frauen vor Erreichen des 70. Lebensjahres an Herz-Kreislauf-Krankheiten; bereits ab dem 40. Lebensjahr sind diese die führende Todesursache der Männer. Andererseits gilt, daß das mittlere Erkrankungsalter sich immer weiter in die höheren Altersgruppen verlagert hat und daß der Tod in immer höherem Alter eintritt.

Hirngefäßkrankheiten — Hirngefäßkrankheiten, insbesondere der Schlaganfall, sind die dritthäufigste Todesursache in der Bundesrepublik Deutschland. Ein deutliches Kriterium für das Auftreten von Hirngefäßkrankungen (Schlaganfall) ist das Alter. 70 bis 80 v. H. der Schlaganfälle fallen auf Menschen über dem 65. Lebensjahr. Bei den über 75jährigen ist die Rate sogar fünfmal so hoch wie für 65- bis 75jährige (Deutscher Bundestag, 1993). Dennoch haben sich Mortalität und Morbidität bei den Hirngefäßkrankheiten noch günstiger entwickelt als bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten (BMFuS, 1992). Bei Männern und Frauen und in allen Altersgruppen ist seit den 60er Jahren ein stetiger Rückgang zu verzeichnen. Besonders deutlich wird dieser Trend bei den über 75jährigen. Aus den statistischen Zahlen der DDR lassen sich diese Berechnungen nicht nachvollziehen, da zerebrovaskuläre (die Gehirngefäße betreffende) Erkrankungen in den Krankheiten des Kreislaufsystems enthalten sind und nicht separat registriert wurden. Eine sekundär-statistische Analyse über die Entwicklung der zerebrovaskulären Krankheiten im ehemaligen Bezirk Halle kommt allerdings zu dem Ergebnis, daß sich bei den Hirngefäßkrankheiten eine differente Entwicklung in den neuen Bundesländern in Form einer unveränderten Mortalität anhand der Todesursachenstatistik im Gegensatz zu einer fast linear abnehmenden Sterblichkeit in allen Altersgruppen in der Bevölkerung der alten Bundesländer bestätigt (Dames/Genz, 1994).

Insgesamt liegen zur Inzidenz (Vorkommen) des Schlaganfalls für die Bundesrepublik Deutschland keine validen Daten vor. Schätzungen gehen davon aus, daß bei den 60- bis 64jährigen eine Inzidenz von etwa 308 Fällen je 100 000 auftritt, bei den über 65jährigen dagegen etwa 1 300 je 100 000 (Karl, 1986). Absolute Schätzungen für die Bundesrepublik Deutschland kommen auf eine jährliche Neuerkrankungsrate zwischen 150 000 und 250 000 (zusammenfassend Görres/Meier-Baumgartner, 1993). Das Absinken der Inzidenz wie auch der Mortalitätsrate dürfte im wesentlichen auf eine effizientere Hypertoniebehandlung zurückzuführen sein, denn der Bluthochdruck ist nach wie vor der bedeutendste Risikofaktor für Hirngefäßkrankungen. Allerdings haben auch verbesserte Therapiemaßnahmen, insbesondere die Schlaganfallrehabilitation, zu Besserungen in der Mortalitätsrate und zu einem Gewinn an Lebensjahren in möglichst großer Selbständigkeit geführt (Meier-Baumgartner, 1989).

Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

— Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates werden heute im Vergleich zu Anfang der 80er Jahre von immer mehr Menschen als spürbare Beeinträchtigungen angegeben. Sie besitzen zwar keine lebensbedrohliche, aber dennoch hohe Behandlungskosten verursachende Bedeutung. Vor allem aber kommt es zur Beeinträchtigung der Lebensqualität. Der Zugewinn an Lebensjahren in höherem Alter bedeutet bei den Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates, daß auch die absolute Menge (Prävalenz) an diesen Krankheiten zunimmt, keineswegs aber die Krankheitsraten pro Zeiteinheit (Inzidenz).

Mit einer dramatischen Zunahme von Hüftgelenksbrüchen rechnet die WHO in den nächsten 20 Jahren. Unmittelbare Ursache dafür sind weniger Unfälle als vielmehr durch langjährige Fehlernährung und ungenügende körperliche Aktivität provozierte Osteoporose (durch Kalkarmut bedingter Mangel an Knochengewebe), auf die gegenwärtig in Deutschland etwa 70 000 Oberschenkelhalsbrüche pro Jahr zurückzuführen sind, begünstigt durch altersbedingte Muskelschwäche und nachlassende Reflexe. Allein in Deutschland leiden 6 bis 8 Mio. Personen an dieser „Volkskrankheit“: Am häufigsten betroffen sind Frauen nach den Wechseljahren (etwa jede Dritte), immer häufiger aber auch Männer vom 65. Lebensjahr an (vgl. Janositz, 1994).

Generell gilt, daß die im Alter abnehmende Leistungsfähigkeit und Elastizität der in den aktiven Bewegungsvorgang einbezogenen Gelenke, Muskeln, Bänder und Sehnen sowie die als Osteoporose bezeichnete Entmineralisierung der an der Fortbewegung passiv beteiligten Knochen (Extremitäten und Wirbelsäule) die Gefahr von Verletzung wie Zerrungen und Frakturen und damit einer plötzlich und unvorbereitet eintretenden Immobilität erhöht, was wiederum zu psychosozialen Belastungen für Patient und Angehörige führen kann. Häufig müssen die Betroffenen ein Leben lang mit Schmerzen und Behinderung leben und brauchen im großen Umfang medizinische Versorgung. Allerdings kann die Lebensqualität erheblich durch Fortschritte in operativen Methoden verbessert werden, so daß die Zahl der Pflegebedürftigen, die mit den ihrem Behinderungsgrad entsprechenden Hilfsmitteln ausgestattet ist, erheblich zugenommen hat (Deutscher Bundestag, 1993; Hoffmeister, 1993 a, b).

Bösartige Neubildungen — Auch das Vorkommen bösartiger Tumore nimmt mit dem Alter zu. Dabei können diese prinzipiell an allen Organen auftreten. Bei den über 65jährigen Männern entfallen annähernd 24 v. H. aller Neuerkrankungen auf den Lungenkrebs (gefolgt von Prostatakrebs, nichtmelanotischem — d. h. nicht dunkel pigmentiertem — Hautkrebs, Dickdarm- und Magenkrebs), während die Frauen dieser Altersgruppe mit 16, 5 v. H. über eine ausgeprägte Disposition für den Brustkrebs verfügen und nun auch verstärkt an Lungenkrebs erkranken, eine Tendenz, die sich angesichts der höheren Anzahl der Raucherinnen in den nächsten 20 Jahren zu Lasten des aktuellen Lebenserwartungsüberschusses fortsetzen wird (Deutscher Bundestag; Hoffmeister, 1993 b).

Wenn alle Krebskrankheiten zusammen betrachtet werden, bietet sich in allen Altersgruppen bis in die Gegenwart hinein ein eher ungünstiges Bild. Für Männer ist die Mortalitätsrate an Krebskrankheiten auch in den letzten Jahren in fast allen Altersgruppen noch angestiegen, bei Frauen ist nur ein leichter Rückgang festzustellen, und dies auch erst in den letzten Jahren und nicht in allen Altersgruppen. Da Krebserkrankungen anders als die Herz-Kreislauf-Krankheiten schon im mittleren Lebensalter häufiger auftreten, ist die Zahl der verlorenen Lebensjahre durch Krebskrankheiten bei den Männern gleich hoch wie die Menge verlorener Lebensjahre durch Herz-Kreislauf-Krankheiten. Frauen verlieren sogar doppelt so viele Lebensjahre durch Krebs wie durch Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Günstig haben sich bei einigen Krebskrankheiten aber das mittlere Sterbealter (z. B. für Darmkrebs) sowie auch das mittlere Erkrankungsalter entwickelt, wie aus bevölkerungsbezogenen Krebsregisterdaten hervorgeht (Saarland, neue Bundesländer). Der Zugewinn ist also bei einigen Krebskrankheiten auch mit einem Zugewinn an Jahren ohne Krebskrankheiten verbunden. Eine Bilanz über alle Krebskrankheiten im Hinblick auf die Entwicklung des mittleren Erkrankungsalters muß aber noch gezogen werden.

Für die einzelnen Krebsformen sehen die Trends — aufgrund der unzureichenden Datenlage bei uns werden niederländische Daten herangezogen — sehr unterschiedlich aus: Während einige häufige Krebskrankheiten — wie der Magenkrebs und Mastdarmkrebs — seit langem und in allen Altersgruppen abnehmen, zeigen Darmkrebs (Dickdarmkrebs) sowie Lungenkrebs und Brustkrebs der Frauen weiter ansteigende Tendenz. Im Fall des Lungenkrebses ist die wesentliche Ursache mit dem Risikofaktor Rauchen eng verbunden. Diese auch für Männer weiterhin auf hohem Niveau häufige Krebsform könnte stark vermindert werden, wenn es gelänge, das Rauchen in unserer Bevölkerung erheblich zurückzudrängen (vgl. Abb. 34).

Geschlechts- und vergleichsunabhängig zeigt sich vor allem in der Gruppe der über 75jährigen in den letzten 30 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Mortalität bei Krebserkrankungen, während die Todesursache Krebs in der Altersgruppe der 65- bis 75jährigen nahezu unverändert geblieben ist. Die bösartigen Neubildungen haben folglich auch deshalb an Häufigkeit zugenommen, weil immer mehr Menschen ein Alter erreichen, das Krebserkrankungen überhaupt die Chance gibt, klinisch manifest zu werden.

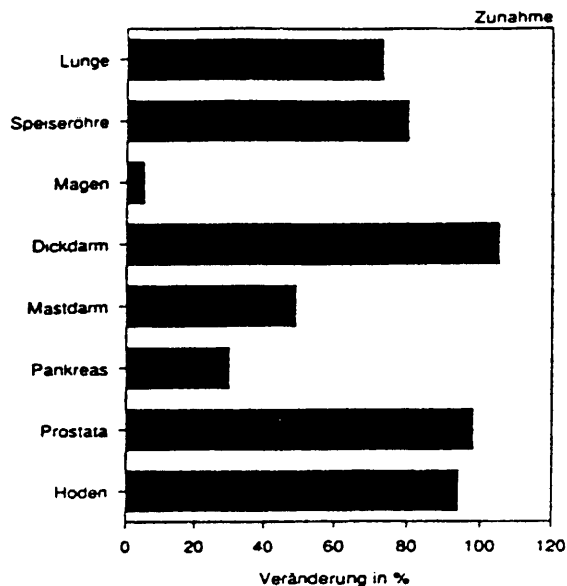
Allerdings bleibt die Aussage unsicher, da auch die vermehrte Inanspruchnahme verbesserter Diagnosemethoden bei Hochbetagten mit häufigerer Sicherung einer Tumordiagnose die Verschiebung vorgetäuscht haben könnte.

Ein großer Anteil der bösartigen Neubildungen weist Ansatzpunkte für eine Prävention auf. Im höheren Lebensalter besteht diese vorwiegend in der Früherkennung einer bösartigen Neubildung. Allerdings ist für einige häufige Krebskrankheiten auch die Ernährung offensichtlich von ursächlicher Bedeutung. Aus epidemiologischen Studien ist zumindest

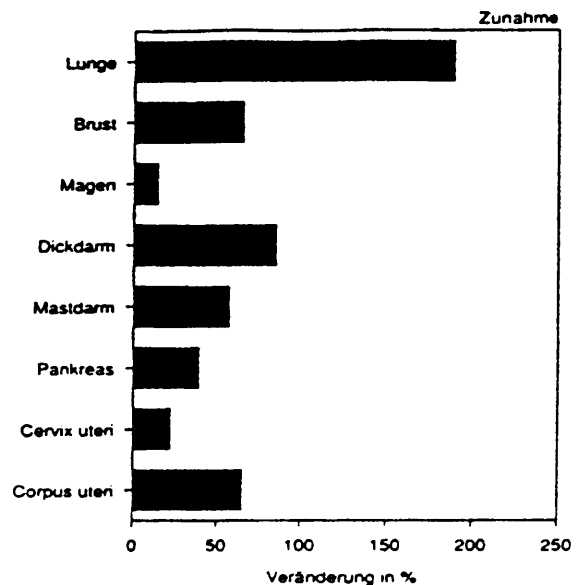
Abbildung 34

Veränderungen des Bestands an Krebspatienten in den Niederlanden von 1980 bis 2000

Männer



Frauen



Quelle: Cleton/Coeberg, 1988.

bekannt, daß hoher Fleisch-, Fett- und Zuckerkonsum bei gleichzeitigem niedrigen Verzehr von Getreideprodukten, Kartoffeln, Gemüse, Salat und Obst mit dem Auftreten mehrerer Krebsformen korreliert. Insbesondere trifft das für Brustkrebs bei Frauen und Darmkrebs zu. Umgekehrt hat vitaminreiche und ballaststoffreiche Kost offenbar bei diesen Krebskrankheiten einen präventiven Effekt (Hoffmeister, 1990 a, b; 1993 a).

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) — Geschlechtsspezifische Unterschiede kennzeichnen die altersbedingte Zunahme der nicht insulinpflichtigen Diabetes mellitus (Typ II), wobei der Altersgipfel bei den Frauen annähernd 10 Jahre später als bei den Männern erreicht wird. Das Vorkommen der Altersdiabetes erreicht in der weiblichen Bevölkerung einen doppelt so hohen Anteil. Im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen erkranken die über 60jährigen Männer zweimal und die Frauen dreimal so häufig. In einer repräsentativen Befragung unter den in Privathaushalten lebenden über 65jährigen Personen wurde eine Diabetesverbreitung von annähernd 7 v. H. für die Männer und von etwa 12 v. H. für die Frauen ermittelt. Internationale geschlechtsunabhängige Vergleichszahlen beziffern den Anteil der Diabetiker mit annähernd 5 v. H. der Altersgruppe der 60- bis 69jährigen und etwa 6 v. H. unter den 70- bis 79jährigen. Die Mortalitätsrate in der Bundesrepublik Deutschland verzeichnete zwar in der Gruppe der über 75jährigen im Zeitraum von 15 Jahren einen Rückgang von etwa 0,3 v. H. auf annähernd 0,15 v. H., doch hat sie einen mehr als doppelt so hohen Wert als bei den 65- bis 75jährigen. Eine sekundär-statistische Analyse aus den neuen Bundesländern über die

Entwicklung des Diabetes mellitus im ehemaligen Bezirk Halle kam zu dem Ergebnis, daß die Erkrankung an Diabetes mellitus seit 1966 durch eine signifikante Zunahme gekennzeichnet ist. Auffallend im Vergleich zu Untersuchungen der alten Bundesländer ist, daß dort die signifikante Zunahme insbesondere durch die Erkrankungshäufigkeit der Männer, vor allem in jüngeren Altersgruppen, gekennzeichnet ist (Dames/Genz, 1994).

Der ursächliche Bezug auf individuelle Verhaltensformen, insbesondere der Ernährung, und die Bedeutung des Diabetes mellitus als Risikofaktor für die Arteriosklerose (Arterienverkalkung), für Polyneuropathie (nichtentzündliche Erkrankung des Nervensystems), Niereninsuffizienz (Funktionsschwäche) und Erblindung im Alter sollte diese Krankheit verstärkt in den Mittelpunkt gezielter präventiver Maßnahmen setzen. Neben Bewegungsmangel kann die Adipositas (Fettsucht) als der bedeutendste Risikofaktor für das Entstehen der Diabetikerkrankheit (Typ II) angesehen werden. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung gehören etwa 50 v. H. aller Diabetiker und 80 v. H. der sogenannten Altersdiabetiker zu den Übergewichtigen, wobei sich Diabetes mellitus und Adipositas wechselseitig begünstigen.

Erkrankungen der Atemwege — Den größten Beitrag zur Abnahme der Sterblichkeit und bei der Zunahme der Lebenserwartung haben in den vergangenen 40 Jahren die Krankheiten der Atemwege geliefert. Dieses trifft auch für die neuen Bundesländer zu. Eine altersbedingte Zunahme verzeichnen lediglich die unspezifischen chronisch hemmenden Erkrankungen der Atemwege. Dabei werden wesentlich mehr männ-

liche als weibliche Patienten gezählt. Im Gegensatz zur Situation in den 50er Jahren besitzen die Krankheiten der Atmungsorgane infolge der für die Todesursachenstatistik in den vergangenen 30 Jahren rückläufigen Relevanz der chronischen Bronchitis und insbesondere der infektiösen Atemwegserkrankungen einen eher nachgeordneten Stellenwert. Selbst in der Gruppe der über 75jährigen wird lediglich eine Mortalitätsrate von 0,7 v. H. registriert (Kohnert, et al. 1992).

Erkrankungen der Sinnesorgane (Augen und Ohren)

— Zu den herausragenden Augenkrankheiten im Alter gehören die Blindheit (Amaurosis), senile Makuladegeneration (Rückbildung der Netzhaut) sowie das Glaukom (grüner Star) und der graue Star (Katarakt). Schätzungen gehen davon aus, daß 5 v. H. der über 60jährigen und 10 v. H. der über 70jährigen am grünen Star erkranken und damit einer speziellen Therapie bedürfen, die bei der Mehrzahl der Patienten zumindestens eine Verbesserung des Sehvermögens bewirken kann. Die sogenannte Alterssichtigkeit zeigt dagegen weitgehend einen unproblematischen Verlauf und kann im allgemeinen durch den Einsatz einer Brille korrigiert werden.

Einer repräsentativen Studie zufolge klagen 41 v. H. der 60- bis 69jährigen und 46 v. H. der 70- bis 75jährigen über altersbedingte Hörprobleme. Die sog. Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis) beeinträchtigt die Möglichkeit der sozialen Kommunikation und kann in der Regel durch den Einsatz entsprechender Hörhilfen nachhaltig verbessert werden. Dennoch tragen von den 60- bis 69jährigen nur 4 v. H. und in der Altersgruppe der 70- bis 75jährigen lediglich 9 v. H. ein Hörgerät (BMJFFG, 1989).

Unfälle als Erkrankungs- und Todesursachen

— Unfälle, darunter besonders die Kraftfahrzeugunfälle, aber auch solche in Freizeit und Haushalt, sind weitere, häufig vorkommende Todesursachen, von denen Lebenserwartung und Sterberaten der Bundesrepublik mitbestimmt werden. Allerdings ist bei den Unfällen ein starker Rückgang zu verzeichnen. Über schwere, aber nicht zum Tode führende Folgen von Unfällen wie Querschnittslähmung, Verlust von Gliedmaßen, Behinderung, Schädel-Hirn-Traumen (Invalidität) gibt es in Deutschland wenig verlässliche Zahlen. Bemerkenswert ist, daß etwa 50 v. H. auf die unter 40jährigen entfallen, woraus zumindest das Problem einer Behinderung für das spätere fortgeschrittene Alter erwachsen kann.

Erkrankungen durch Umwelt- und Arbeitsbelastungen — Insgesamt sehen mehr als 80 v. H. der Deutschen in einer oder mehreren der vielen Umweltbelastungen eine große Gesundheitsgefahr für die Bevölkerung im allgemeinen und auch für sich selbst. Als Ursachen gelten Schadstoffe am Arbeitsplatz, Umweltbelastung aus Luft, Wasser und Boden sowie Rückstände oder Zusatzstoffe in Lebensmitteln und unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Immerhin sterben etwa 20 000 Deutsche jedes Jahr an bösartigen Tumoren, die womöglich auf gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen zurückgehen. Noch immer werden die Gefahren, die von krebserregenden Stoffen am Arbeitsplatz ausgehen, unterschätzt (Der Spiegel, 1994), obwohl der Anteil der beruflich

bedingten Krebsleiden an der Gesamtzahl der Tumorkranken bei nur etwa 10 v. H. liegt.

Auch die Gestaltung des Berufslebens ist sicher für eine erhebliche Zahl der psychischen und physischen Belastungen im späteren Alter verantwortlich. Als Belastung wird die Summe aus vielen Belastungsarten verstanden, z. B. durch Arbeitstempo und Arbeitszeitdruck, hohe Verantwortung für Menschen, Maschinen, starke Konkurrenz durch Kollegen, aber auch Überstunden, Nachtarbeit, Akkordarbeit, Lärm, Fließbandarbeit. Ein Vergleich zwischen der Arbeitsplatzbelastung in den alten und neuen Bundesländern zeigt, daß sich diese bei Männern nicht unterscheiden. Dagegen sind die Belastungen bei den Frauen in den neuen Bundesländern offenbar höher als in den alten Bundesländern (Hoffmeister, 1993 c). Die Zufriedenheit mit den Lebensumständen insgesamt ist in den neuen Bundesländern durchgängig in allen Altersgruppen geringer. Inwieweit das höhere Niveau an objektiv vorhandenen und subjektiv meßbaren psychischen Belastungen in den neuen Bundesländern erkennbar mehr Beschwerden und Krankheiten zur Folge haben wird, ist nicht eindeutig zu klären. Es gibt aber Hinweise darauf, daß der Leidensdruck in den neuen Ländern trotz ungünstiger Umstände geringer zu sein scheint (Hoffmeister, 1993 c).

7.1.2.2 Psychische Erkrankungen im Alter

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Altersbevölkerung wird nicht nur durch die Zunahme der Bevölkerung selbst, sondern auch durch das bei gesteigener Lebenserwartung erhöhte Erkrankungsrisiko und die verlängerte Krankheitsdauer bestimmt. Über die Häufigkeit psychischer Störungen im Alter liegen zum Teil allerdings sehr widersprechende Äußerungen vor, deren Unstimmigkeiten durch unterschiedliche Klassifikationssysteme und diagnostische Methoden bedingt sind (vgl. Wernicke/Reischies, 1994).

Als Orientierungshilfe für die Bundesrepublik Deutschland dienen zumeist drei Veröffentlichungen von epidemiologischen Feldstudien: Cooper/Sosna untersuchten eine repräsentative Stichprobe über 65jähriger Einwohner der Stadt Mannheim (Cooper/Sosna, 1983), Dilling et al., eine repräsentative Stichprobe in Südbayern (Dilling et al., 1984) und Krauß et al. eine Stichprobe von über 75jährigen Einwohnern der Stadt Göttingen (Krauß et al., 1977). Der Gesamtanteil psychischer Krankheiten bei den über 65jährigen lag bei etwa 25 v. H. — die Mehrzahl davon lag bei den Depressionen und psychischen Affektionen — und stimmte mit anderen internationalen Studien weitgehend überein (Henderson, 1992; Hofmann et al., 1991).

Hirnleistungsstörungen (Demenzen) im Alter — Im Vordergrund des Aufiretens psychischer Störungen steht die Demenz; am häufigsten in der Form der senilen Demenz vom Alzheimerstyp (>50 v. H.) sowie der Multiinfarkt-Demenz. Nach übereinstimmenden Schätzungen dementieller Erkrankungen im In- und Ausland an der über 65 Jahre alten Gesamtpopulation beträgt die Variationsbreite der Häufigkeitsschätzungen

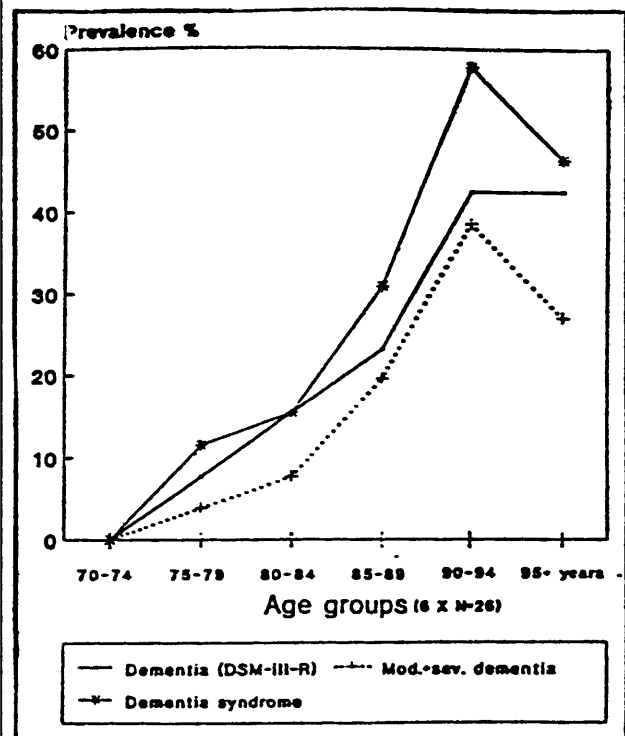
gen 0,6 bis 7,5 v. H., je nachdem, ob nur schwere, mittelschwere oder milde Demenzfälle differenziert erfaßt wurden (vgl. IGSF, 1991; Rocca et al., 1990). Der Schätzwert für den Gesamtanteil schwerer bis mittelschwerer Demenzerkrankungen beläuft sich auf 59,5 je 1000 über 65jährige. Die absolute Zahl (Prävalenz) steigt mit zunehmenden Alter an und verdoppelt sich nach jeweils rund fünf weiteren Altersjahren. Als mittlerer Gesamtanteil aller Studien werden 2,9 v. H. angegeben. Der vierte Familienbericht des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit aus dem Jahr 1986 enthält in Übereinstimmung mit anderen Autoren (Lauter/Kurz, 1989; Oesterreich, 1993) differenziertere Angaben zur altersbezogenen Häufigkeit der Demenz über alle Schweregrade. Sie steigt von 2,4 bis 5,1 v. H. in der Altersgruppe der 65- bis 69jährigen auf 10 bis 12 v. H. bei den 75- bis 79jährigen und überschreitet nach dem neunzigsten Lebensjahr 30 v. H. (Häfner/Löffler, 1992). Jüngste Ergebnisse der Berliner Altersstudie (BASE) konnten ebenfalls einen exponentiellen Anstieg der Demenzen bei den 70- bis 94jährigen nachweisen; allerdings kam es bei den 95jährigen und älteren zu einer Stabilisierung des Wertes bei 45 v. H. ohne weitere Steigerungen (vgl. Baltes et al., im Druck). Es wird angenommen, daß diese Zahlen mindestens bis zur Jahrtausendwende gültig bleiben (Rückert, 1987). Die Prävalenzraten von Demenzen sind damit stark altersabhängig und steigen exponentiell mit dem Alter an. Studien zur Geschlechtsverteilung der Demenzen deuten darauf hin, daß Männer häufiger an Multiinfarkt-Demenz und Frauen häufiger an Alzheimer-Demenz erkranken (Lauter/Kurz, 1989). Für beide Geschlechter gilt jedoch, daß die Diagnose einer Demenz mit dem Alter korreliert (vgl. Abb. 35).

Wegen methodischer Schwierigkeiten liegen nur wenige hinreichend verlässliche Angaben zur jährlichen Inzidenz (Neuerkrankung) der Demenz vor, die bei etwa 1,4 v. H. der über 60jährigen liegt. Cooper/Bickel ermittelten 15,4 je 1000 Personen in der Altersbevölkerung. Ebenso wie für die Prävalenz konnte ein exponentieller Anstieg, beginnend mit 0,3 v. H. in der Altersgruppe der 60- bis 69jährigen bis hinauf zu 3 bis 4 v. H. bei den über 80jährigen nachgewiesen werden (Cooper/Bickel, 1989), so daß das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Lebensalter wächst. Demenzen sind wahrscheinlich auch mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden, ohne daß die Krankheit selbst als unmittelbare Todesursache anzusehen ist. Die standardisierten Mortalitätsraten sind zwischen 1979 und 1989 um das 5- bis 6fache angestiegen (vgl. Hoffmeister, 1992). In verschiedenen Feldstudien wurde der Zeitraum zwischen der ersten Diagnosestellung und dem Tod als Krankheitsdauer definiert: Sie wird von verschiedenen Autoren mit 4 bis 8 Jahren angegeben (Ineichen, 1987). Aufgrund von Längsschnittstudien kann nicht ausgeschlossen werden, daß sich die durchschnittliche Krankheitsdauer in den letzten Jahren erhöht hat.

Prognosen zur Häufigkeit von Demenzen in der Bundesrepublik Deutschland in den Grenzen vor dem 3. Oktober 1990 kommen zu dem Ergebnis, daß zukünftig die absolute Zahl der Demenzpatienten ständig zunehmen wird. Gegenüber 1987 mit geschätzten 850 000 bis 1.14 Mio. Demenzfällen werden im Jahr

Abbildung 35

Prävalenz der Demenz im höheren Lebensalter



Quelle: Wernicke/Reischies, 1994.

2010 voraussichtlich etwa 1,15 bis 1,55 Mio. Demenzpatienten in den alten Bundesländern leben. Die Zunahme beträgt damit etwa 35 v. H. (vgl. IGSF, 1991). Aus der Demenzhäufigkeit von 1990 und der voraussichtlichen Zunahme der Bevölkerung kommen Beske et al. für das Jahr 2010 sogar zu Prävalenzzahlen zwischen 1,3 und 1,8 Mio. (Geriatric Praxis, 1993). Nach einem quantitativen, auf Prozentzahlen beruhenden Modell (vgl. Jorm et al., 1989) ist mit folgenden Steigerungsraten bei der mittelschweren bis schweren Demenz zu rechnen, ausgehend von 100 v. H. im Basisjahr 1980: Von einer Steigerung auf 105,75 v. H. bis 1985, über 111,25 v. H. im Jahr 2000 auf 140,73 v. H. im Jahr 2025 bei den über 65jährigen — vorausgesetzt, es kommt inzwischen nicht zu wirksamen Gesundheitsvorsorge- und Behandlungsmöglichkeiten.

Was die Daten aus sozialpolitischer Sicht für die Zukunft bedeuten, erhellt sich aus der Tatsache, daß Demenz (Hirnleistungsstörung) im Alter einer der häufigsten Gründe für Pflegebedürftigkeit ist und weiterhin zunehmen wird. Derzeit werden etwa 85 v. H. dieser Erkrankten zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt. Ein Zehntel wird in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, vorwiegend Pflegeheimen, betreut und 1,3 v. H. sind auf Sonderkrankenhäuser, meist psychiatrische Einrichtungen, angewiesen. 10 v. H. dieser Patienten mit Hirnleistungsstörungen erhalten zusätzlich zur Pflege durch Angehörige Unterstützung durch ambulante Pflegedienste (vgl. Geriatric Praxis, 1993).

Ein prognostisch wichtiger Gesichtspunkt im Zusammenhang mit der Frage der Entstehung dementieller Prozesse ist der entscheidende Einfluß von Umweltfaktoren im Hinblick auf den Manifestationszeitpunkt und die Schwere des dementiellen Prozesses. Selbst da, wo genetische Prozesse als ursächliche Faktoren unterstellt werden können und von diesen ausgegangen wird — wie bei der Alzheimerschen Krankheit —, behält der Einfluß von Umweltfaktoren im Zusammenhang mit einer multifaktoriellen Genese derartiger Prozesse ein ganz entscheidendes Gewicht, insbesondere auch für eine positive Beeinflussung der Erkrankung (Cohen, 1988; Evans, 1988). Zudem konnten Studien zeigen, daß nicht nur die Auswirkungen dementieller Prozesse, sondern auch andere psychische Störungen im höheren Lebensalter in der Unter- und Mittelschichts-Population häufiger in Erscheinung treten als in den sozioökonomisch besser gestellten Schichten.

Depressionen im Alter — Häufige Gründe für die Aufnahme älterer Patienten in psychiatrische Kliniken sind depressive Syndrome (vgl. Volk et al., 1993). Eine Längs- und Querschnittsuntersuchung 65jähriger Patienten, die in psychiatrischen Kliniken behandelt wurden, ergab, daß fast die Hälfte der aufgenommenen Patienten an depressiven Symptomen litt (42,8 v. H.); erst an zweiter Stelle stand die Demenz mit 27,5 v. H.. Das gleichzeitige Vorliegen von depressiven Symptomen und kognitiven Beeinträchtigungen ist, bedenkt man den altersabhängigen Anstieg des Auftretens von Demenzerkrankungen (vgl. Gurland et al., 1983), eine häufige Konstellation bei geriatrischen Patienten (vgl. Lauter/Dame, 1991). Allerdings weisen auch hier Studien auf die Problematik und Besonderheiten der begrifflichen Klassifikation hin (Bergener, 1989; Murphy, 1989). Die Klassifikation nach dem Schweregrad des jeweiligen Krankheitsbildes scheint bisher die zuverlässigste Aussage über Depressionen zu gewährleisten. Eine große Gruppe der besonders schweren Depressionsformen stellt die endogene Depression bzw. Zyklolythymie, wenn auch beide Klassifikationen nicht direkt vergleichbar sind. Man kann davon ausgehen, daß etwa 5 v. H. der über 65jährigen dieser Krankheitsgruppe der „major-depressions“ oder der endogenen Depressionen zuzuordnen sind (Gertz/Kanowski, 1989). Das erstmalige Auftreten von endogenen Depressionen (insbesondere von solchen, die mit Manien verbunden sind) ist jenseits des 65. Lebensalters selten. Die Angaben schwanken hier zwischen 0,45 v. H. und 3,7 v. H. Psychoreaktive Depressionen treten dagegen häufiger auf, allerdings auch häufig in larvierter Form (als Somatisierung etc.) Die Häufigkeitsangaben liegen hier bei etwa 10 bis 20 v. H. Sie gehen oft mit einschneidenden Lebensereignissen und/oder ungünstigen ökonomischen Lebensbedingungen einher. Mit höherem Lebensalter nehmen diese Depressionen zu. Sozialepidemiologisch interessant ist hier die Aussage, daß in der Gruppe der schweren Depressionen Frauen, Verwitwete und Alleinlebende gegenüber den Verheirateten und gegenüber Männern überwiegen.

Andere psychische Erkrankungen/Störungen im Alter — Außer den rund 3 v. H. Demenzen und den 5 v. H. endogenen Depressionen findet sich in der

Alterspsychiatrie eine Grauzone eines variablen, sehr unterschiedlichen Spektrums von anderen Diagnosen: Nicht selten liegen Neurosen, Angstzustände und vor allem endogene Psychosen (wie Paraphrenien und Schizophrenien) vor. Nach den vorliegenden Daten von Bergmann beträgt die Prävalenz von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen jenseits des 60. bzw. 65. Lebensjahres 11 bis 12,5 v. H. (Bergmann, 1978). 5 v. H. der über 65jährigen entwickeln erst im Alter ihre erste neurotische Erkrankung. Paraphrenien sind weniger gut dokumentiert als viele andere psychiatrische Störungen, obwohl ihr Gesamtanteil nicht gering ist und mit etwa 4 v. H. angegeben wird. Typisch in diesem Zusammenhang sind Wahnerkrankungen im Sinne eines Kontaktmangel-Paranoids, das sich, wie die meisten Wahnentwicklungen, aus konkreten lebensgeschichtlichen Erfahrungen abspalten läßt. Der Gesamtanteil von Schizophrenie im Alter liegt bei etwa 1 v. H.. Bezüglich der Häufigkeit dieser psychischen Erkrankungen im Alter ist eher eine Rückläufigkeit festzustellen (vgl. Gertz/Kanowski, 1989; Henderson, 1992).

Hinsichtlich der Entstehung der verschiedenen psychischen Erkrankungen im Alter existieren die unterschiedlichsten Konzepte: Vor allem werden Einflüsse wie etwa eine Verlustsituation, die Veränderung der Wohnsituation und die Veränderung der sozioökonomischen Bedingungen diskutiert. Besonders Grund weist nach der Altersvariable auf die Ursachenwirkung von psychosozialen, institutionellen und gesellschaftlichen Entstehungsfaktoren hin, die besonders zur sogenannten „Verwirrtheit“ im Alter beitragen (Grund, 1988). Cooper/Sosna zeigen schließlich, daß ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß körperlicher Behinderung und der Häufigkeit psychischer Störungen besteht (11 v. H. bei Nichtbehinderten; 45 v. H. bei Behinderten) (Cooper/Sosna, 1983).

Inzwischen haben mehrere Arbeiten auch auf den hohen Gesamtanteil psychischer Störungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe hingewiesen; die Schätzungen schwanken bei den verschiedenen Autoren zwischen 20 und etwa 75 v. H. aller Heimbewohner (Cooper/Sosna, 1983; BMJFFG, 1985; Lehmkuhl et al., 1985; Meyer-König/Riederer, 1983). Aufgrund dieser Erhebungen kommt man bei vorsichtiger Schätzung auf eine mittlere Gesamtanteilsrate psychischer Störungen von etwa 40 v. H. bei Menschen im Heimbereich (IGSF, 1991; vgl. hierzu auch Kapitel 7.4.1.2 bzw. 7.4.3).

Suizidalität im Alter — Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist auch die Zunahme der Suizidalität im Alter, die bis vor kurzem in der gerontologischen Forschung kaum beachtet wurde, obwohl die Gruppe alter Menschen, insbesondere die der hochbetagten Männer, hier deutliche Steigerungsraten in der Bevölkerung der Bundesrepublik und anderer Industriationen aufweist. (vgl. Erlemeier, 1988, 1992; Bottke, 1987; Summa, 1988, Wächtler et al., 1988; Bron, 1992).

Suizidversuche bei älteren Menschen unterscheiden sich von denen jüngerer vor allem dadurch, daß sie in ihren Methoden konsequenter angelegt sind und in aller Regel nicht als „Hilfsappelle“, sondern mit einer

klaren Selbsttötungsabsicht verbunden sind (vgl. Neumann, 1993).

Insbesondere sind es die alten Männer vom 75. Lebensjahr an, deren Suizidrisiko stark ansteigt, vor allem dann, wenn es sich um Geschiedene handelt. Liegen die altersspezifischen Suizidraten je hunderttausend Männer in der Altersgruppe der 80- bis 84jährigen bei etwa 90 und in der Gruppe der 90jährigen und älteren bei etwa 110, so finden sich bei den älteren Frauen in der Altersgruppe der 80- bis 84jährigen lediglich knapp über 20 bzw. bei den 90jährigen und älteren Frauen annähernd 20 je Hunderttausend im Jahre 1990.

Unter den Motiven älterer Personen, sich selbst zu töten, werden im allgemeinen Sorgen wegen körperlicher Krankheit, Vereinsamung, soziale Isolation und erzwungene Untätigkeit besonders hervorgehoben, während zwischenmenschliche Probleme eine eher untergeordnete Rolle spielen. Die besondere Suizidgefährdung bei Altersdepressionen ist nachdrücklich zu unterstreichen, da sie häufig mit körperlichen Erkrankungen einhergehen oder von wechselnder hirnrorganischer Symptomatik überlagert sind.

7.1.2.3 Folgen von Erkrankungen

Krankheit im Alter ist charakterisiert durch das gleichzeitige Auftreten verschiedener Krankheiten (Multimorbidität), darunter körperliche und psychische Erkrankungen. Typisch für Krankheiten im Alter ist ihre Tendenz zum chronischen Verlauf. Akute Erkrankungen setzen sich quasi vorhandenen chronischen Mehrfacherkrankungen auf. Pflegebedürftigkeit wiederum beruht weitgehend auf chronischen Krankheiten bzw. den Folgen akuter Erkrankungen.

Chronische Erkrankungen sind heute verantwortlich für mehr als 90 v. H. der Todesfälle und für einen noch höheren Anteil schwerer Behinderungen (total disability) (vgl. Schübler, 1993). Arteriosklerose (einschließlich arterieller Herzerkrankungen und Schlaganfälle), Arthritis, im Erwachsenenalter einsetzender Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und Krebs verursachen die Mehrheit unserer Gesundheitsprobleme. Es handelt sich mehrheitlich um Krankheitszustände, die in früheren Lebensphasen beginnen und sich allmählich und unbemerkt entwickeln; die Wahrscheinlichkeit einer aus ihnen erwachsenden gesundheitlichen Beeinträchtigung wächst mit zunehmendem Alter.

Die Frage, ob langfristige oder chronische Krankheiten (und Beschwerden) seit mindestens einem Jahr vorlagen, wird verständlicherweise von älteren Menschen häufiger bejaht als von jüngeren. Exakte Daten liegen hier allerdings nur aus den alten Bundesländern vor. So gaben in der Bundesrepublik Deutschland 1984 57 v. H., 1985 55 v. H. der 60- und über 60jährigen Männer sowie 59 v. H. bzw. 55 v. H. der Frauen gleichen Alters langfristige oder chronische Krankheiten an. Dagegen waren es bei den 16- bis 39jährigen Männern 1984 nur 16 v. H., 1985 17 v. H., bei den Frauen gleichen Alters in beiden Jahren

19 v. H., die die Frage nach chronischen Krankheiten mit „ja“ beantworteten. Der Anteil derer, die sich erheblich oder stark behindert einschätzten, war bei den älteren Männern und Frauen (60 Jahre und älter) etwa 10 mal so hoch wie bei den 16- bis 39jährigen (Möhlmann/Zollmann, 1989). Lagen chronische Krankheiten und Schwerbehinderungen vor, so hat dies eine vergleichsweise negative Einschätzung der Gesundheit zur Folge, da die Möglichkeit von Personen eingeschränkt wird, ihre „alltäglichen Aufgaben in Haushalt, Beruf oder Ausbildung“ wahrzunehmen. So waren 37 v. H. der in den alten Bundesländern befragten Personen mit chronischen Krankheiten eher unzufrieden mit ihrer Gesundheit, bzw. fühlten sich 36 v. H. in der Erfüllung ihrer alltäglichen Aufgaben stark beeinträchtigt gegenüber nur 6 v. H. bzw. 2 v. H. derjenigen, die keine chronischen Krankheiten aufwiesen (Arnold/Lang, 1989). Chronische Erkrankungen wie auch die im Alter vorliegende Multimorbidität sind zumeist das Ergebnis einer lebenslangen individuellen Krankheitsgeschichte, an deren Ende häufig eine Hilfe- und Pflegebedürftigkeit steht.

Zur Pflegebedürftigkeit im Alter gibt es bisher kaum medizinische Literatur. Die Pflegebedürftigkeit ist primär eine sozialrechtliche; sie ist keine medizinisch-diagnostische Kategorie. Pflegebedürftigkeit wird definiert im Hinblick auf die Handlungs- und Leistungsbeeinträchtigung bzw. das Nicht-Erfordernis ärztlicher Behandlung aufgrund der angenommenen Irreversibilität des Gesundheitszustandes, nicht aber im Hinblick auf die dem Zustand zugrunde liegenden Krankheiten. Andererseits kann man in aller Regel auch davon ausgehen, daß eine Pflegebedürftigkeit krankheitsbedingt und deshalb auch als Krankheit einzuschätzen ist. Dennoch wird weiterhin die Frage diskutiert, ob es Pflegebedürftigkeit als ausschließliche Folge von (reiner) Altersgebrechlichkeit gibt oder nicht. Die Grenzziehung zwischen Krankheitszuständen, die zu Pflegebedürftigkeit führen und behandlungsbedürftigen Krankheiten erscheint weiterhin zufällig, insbesondere unter Berücksichtigung der Unterscheidung zwischen chronischen und akuten Krankheiten.

Angesichts der Unklarheit des Konzeptes der Pflegebedürftigkeit kann es nicht verwundern, daß es erhebliche Schwierigkeiten in der Erfassung des Personenkreises sogenannter Pflegebedürftiger gibt. Der Vergleich von relevanten Forschungsergebnissen wird erschwert durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Alters- und soziodemographischer Gruppen und durch die unterschiedlichen Definitionen relevanter Stichproben (inclusive oder exclusive Heimbewohner, Krankenhauspatienten usw.) (vgl. Erster Altenbericht, 1993). Eine Prognose der zukünftigen Anzahl und Struktur der Hilfe- und Pflegebedürftigen muß sich deshalb auf allgemeine Auftrittswahrscheinlichkeiten stützen, unabhängig von den sich dahinter verbergenden individuellen Ursachen (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 1993).

Aufgrund von Erhebungsdaten aus den Jahren 1976 bis 78, also vor rund 18 Jahren, ermittelte Socialdata einen überwiegenden Pflegebedarf bei 11,1 v. H. der über 65jährigen (Gruppen A, B, C) und einen überwiegenden Hilfebedarf bei weiteren 7,1 v. H. dieser

Altersgruppe (Gruppe D). Demnach wiesen insgesamt 18,2 v. H. der über 65jährigen einen Hilfe- und Pflegebedarf auf (vgl. Socialdata, 1980).

Die neuesten Zahlen zum Stand des Bedarfs an Hilfe und Pflege in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland bezogen auf den Zeitraum 1991/92 hat Infratest im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren erhoben: Demnach weisen in der Altersgruppe der über 65jährigen 7,6 v. H. (790 000 Personen) einen regelmäßigen Pflegebedarf auf und weitere 12,5 v. H. (1,47 Mio. Personen) sind hilfebedürftig, d. h. insgesamt 20,1 v. H. dieser Bevölkerungsgruppe (absolut 2,26 Mio.) in der gesamten Bundesrepublik haben einen Bedarf an entsprechenden Diensten (vgl. Infratest, 1993). Differenziert man die Ergebnisse nach einzelnen Altersgruppen, so zeigt sich, daß der Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Personen mit dem Alter kontinuierlich zunimmt. Von 1,7 v. H. Pflege- und 6 v. H. Hilfebedürftigen bei den 65- bis 69jährigen über 6,2 v. H. Pflege- und 13,2 v. H. Hilfebedürftigen bei den 75- bis 79jährigen bis auf 26,3 v. H. bzw. 28,2 v. H. bei den 85jährigen und älteren. Insgesamt betrachtet gibt es einen höheren Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Frauen als Männer. Dieser Effekt hängt vermutlich mit der höheren Lebenserwartung der Frauen zusammen.

Der Vergleich der Ergebnisse beider Studien kann auf den ersten Blick suggerieren, der regelmäßige Pflegebedarf sei 1991/92 im Vergleich zu 1976/78 geringer geworden, während sich der Hilfebedarf älterer Menschen erhöht habe. Dieses Ergebnis wäre irrig; es wird durch einen detaillierten Vergleich beider Studien nicht gestützt.

Die Vergleichbarkeit beider Untersuchungen und ihrer Ergebnisse wird darüber hinaus dadurch erschwert, daß die von beiden gebildeten vier Bedarfsgruppen miteinander nicht vergleichbar sind, da ganz unterschiedliche Kriterien zu ihrer Bildung verwendet werden. Zudem werden die Grenzen zwischen den vier Bedarfsgruppen unterschiedlich abgesteckt (vgl. Dieck, 1993: Tabelle 2). Es kommt hinzu, daß Infratest jenseits der Eigeneinschätzung des Pflege- und Hilfebedarfs durch die Befragten eine Gewichtung der Antwortergebnisse vornimmt, um zu seiner eigenen Bedarfs-Stufenbildung zu gelangen — mit dem Ergebnis, daß die Stufenbesetzungen in der Eigenbeurteilung der Befragten und in der Fremdbeurteilung erheblich voneinander abweichen, ja in der Gewichtung umgekehrt werden (ebenda: 5).

Trotz der auf die Methodologie gerichteten Bedenken, die mit je unterschiedlicher Begründung auf die eine wie die andere Untersuchung zum Hilfe- und Pflegebedarf gerichtet sind, bleibt im Ergebnis festzuhalten, daß es keinen Hinweis auf eine Absenkung des Hilfe- und Pflegebedarfs alter Menschen zwischen den Erhebungszeiten (1976/78 bzw. 1991/92) gibt. Auch der Pflegebedarf hat sich nicht vermindert, denn in der Gruppe der Hilfebedürftigen von Infratest sind auch Menschen enthalten, die unregelmäßige Pflege benötigen, Personen also, die bei Socialdata in der üblichen, auch hier verwendeten Zuordnung dem Kreise der Pflegebedürftigen zugeordnet sind. Bisher bleibt anzunehmen, daß Prävention, Behandlung und

Rehabilitation noch nicht zu einer Reduzierung der Schwere der Betroffenheit durch Funktions-Beeinträchtigungen geführt haben (Dieck, 1993: 5).

Betrachtet man das Spektrum der Krankheiten in den einzelnen Altersgruppen, so treten, wenn die verschiedenen Altersgruppen verglichen werden, erhebliche Unterschiede auf, die mit dem Hilfe- und Pflegebedarf einhergehen. Erwartungsgemäß nimmt die Bedeutung der chronischen und degenerativen Erkrankungen in der Altersgruppe der 65- bis 79jährigen im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen zu: Gelenkerkrankungen auf dem ersten Rangplatz und Herzkrankungen auf dem zweiten Rangplatz lösen die in jüngeren Altersgruppen dominierenden neurologischen Erkrankungen ab. Diese stehen nur noch an dritter Stelle der häufigsten Krankheiten bei Hilfe- und Pflegebedürftigen, gefolgt von Stoffwechselerkrankungen (insbesondere Zuckerkrankheit), Arteriosklerose und Hirngefäßkrankheiten. Das Risiko, daß chronische Krankheiten zu Hilfe- und Pflegebedarf führen, steigt ebenfalls in dieser Altersgruppe: von 100 Personen mit Gelenkerkrankungen der entsprechenden Altersgruppen sind bei den 40- bis 65jährigen nur 15, bei den 65- bis 79jährigen jedoch 40 hilfe- oder pflegebedürftig. Bei den Personen mit Herzkrankheiten geht diese Erkrankung bei den 40- bis 64jährigen nur in jedem zehnten Fall, bei den 65- bis 79jährigen jedoch bereits in jedem dritten Fall mit Hilfe- und Pflegebedarf einher (vgl. Infratest, 1993).

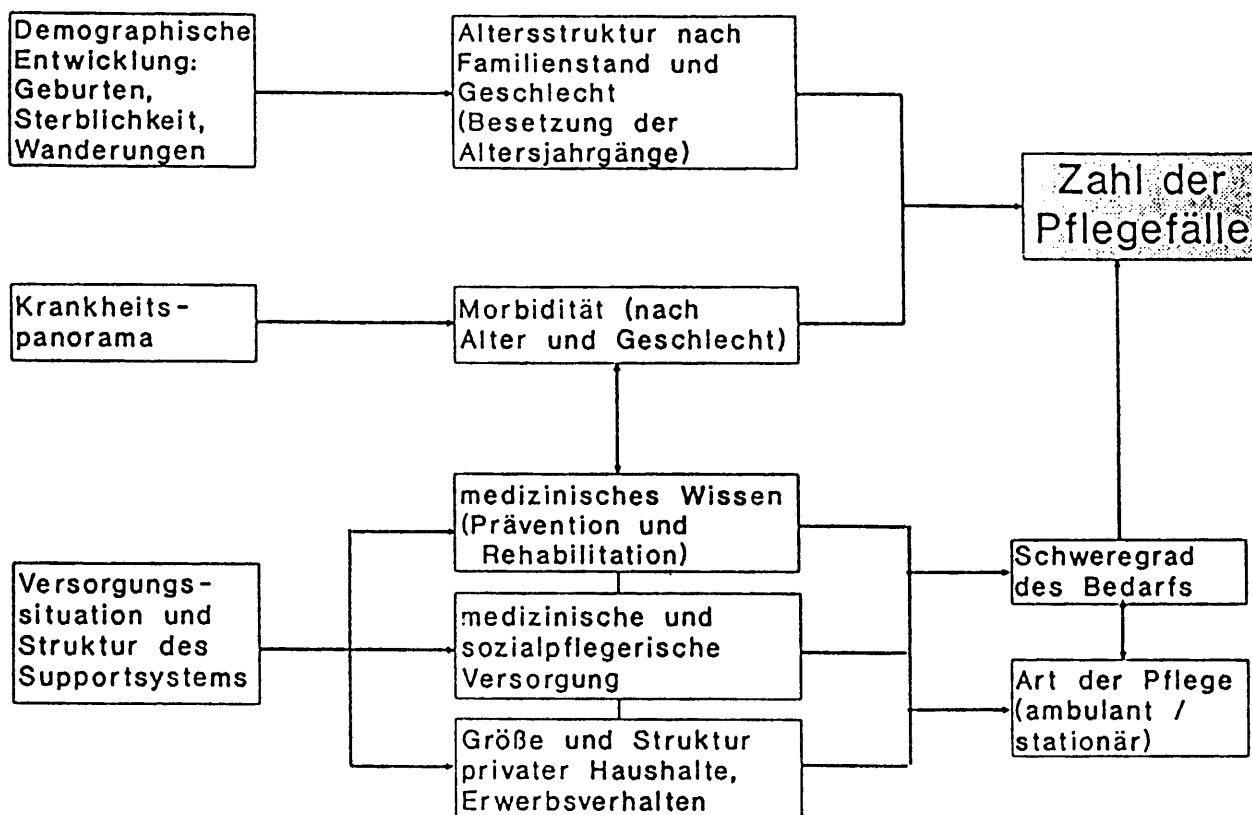
In der Gruppe der 80jährigen und älteren dominieren eindeutig die chronisch-degenerativen Krankheiten als Auslöser von Hilfe- oder Pflegebedarf. In der Rangfolge stehen bei den älteren Senioren die Gelenkerkrankungen vorn, gefolgt von Herzkrankheiten, starken Sehbehinderungen, Arteriosklerose, Hirngefäß- und Stoffwechselerkrankungen. Sind ältere Senioren von den genannten Krankheiten betroffen, dann sind die damit verbundenen Beeinträchtigungen derart gravierend, daß sich bei ungefähr 60 v. H. (Stoffwechselerkrankungen) bis 80 v. H. (Hirngefäßkrankungen) aller Erkrankten Hilfe- und Pflegebedarf einstellt (vgl. Infratest, 1993).

Faßt man die Ergebnisse zum Morbiditätsspektrum der hilfebedürftigen Personen zusammen, dann ist zunächst eine konstant hohe Gesamtzahl von Bewegungseinschränkungen in allen Teilgruppen festzustellen. Deutliche kontinuierliche Zunahmen bei höheren Intensitätsgraden des Pflegebedarfs zeigen sich bei folgenden Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen bei älteren Pflegebedürftigen: Schlaganfall, andere chronische Erkrankungen der inneren und der Bewegungsorgane, Schwerhörigkeit/Taubheit und geistiger Abbau. In vielen Fällen treten die einzelnen Beeinträchtigungen und Krankheiten in Kombination miteinander auf (Multimorbidität) (vgl. Infratest, 1993).

Die letztendliche Entwicklung läßt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht eindeutig klären. Die Entwicklung der zukünftigen Anzahl von Hilfe- und Pflegebedürftigen ist tatsächlich von einer Vielzahl von Einflußfaktoren abhängig, die teilweise in Wechselwirkung miteinander stehen (vgl. Abb. 36).

Abbildung 36

Determinanten (Faktoren) zur Bestimmung der zukünftigen Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen



Quelle: Infratest, 1993; modifiziert nach Schmähl, 1993, S. 21.

Es gibt bisher nur eine Untersuchung zum Krankheitsbild und Krankheitsspektrum von Pflegebedürftigen. Es handelt sich um die Auswertung von über 6 000 Gutachten zur Schwerpflegebedürftigkeit von zu Hause lebenden und versorgten Menschen in Baden-Württemberg. Knapp 70 v. H. der Begutachtungen bezogen sich auf die Gruppe der 75jährigen und älteren. Unter den für die Pflegebedürftigkeit ursächlichen Diagnosen sind insbesondere Krankheiten des Kreislaufsystems bedeutsam (etwa 50 v. H. ausmachend; weit überwiegend sind Schlaganfälle Auslöser des Zustandes der Pflegebedürftigkeit in dieser Diagnosegruppe). Es folgen in der Häufigkeit psychiatrische Krankheiten (etwa 21 v. H. ausmachend; verantwortlich sind insbesondere Demenzen). Degenerative Erkrankungen des Nervensystems stehen bei den Hochaltrigen an dritter Stelle der Häufigkeit (mit etwa 7 v. H. der Fälle), doch sind sie in den jüngeren Betroffenenengruppen häufiger. Sie führen zu Lebensverkürzungen, u. a. im Zusammenspiel mit anderen Krankheitserscheinungen der betroffenen Patienten. Bezogen auf die ergriffenen Maßnahmen ist es bedeutsam festzuhalten, daß nur bei 3 v. H. der hochaltrigen Pflegebedürftigen rehabilitative Maßnahmen durch die Pflegegutachten vorgeschlagen wurden; bei nur 1,2 v. H. der über 75jährigen wird eine medizinische Nachuntersuchung empfohlen. Die medikamentöse Therapie überwiegt. Nur 20 v. H.

dieser Schwerpflegebedürftigen erhielten professionelle ambulante Pflege (Egert, Möhles & Ohnmacht, 1991). Es wird keineswegs ein positives Bild des Krankheitszustandes der Betroffenen und der ihnen zukommenden professionellen Hilfe gezeichnet. Die Vermutung liegt nahe, daß die Möglichkeiten einer positiven Beeinflussung des Zustandes der Schwerpflegebedürftigkeit keineswegs ausgeschöpft sind.

Zur Bestimmung der Anzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen sind die zukünftige Altersgliederung und die gesundheitliche Situation der Bevölkerung als wichtigste Indikatoren anzusehen. In Wechselwirkung dazu stehen die Effekte, die sich aus der jeweiligen (medizinischen und sozialen) Versorgungssituation ergeben. Sowohl die Nutzung des medizinischen Wissens als auch der institutionelle Ausbaustand der sozialpflegerischen Versorgung sowie die jeweilige häusliche Wohn- und Lebenssituation beeinflussen, vermittelt über die Ausprägung des Schweregrades, die Entwicklung der Gesamtanzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen. Darüber hinaus läßt sich ein signifikanter Effekt bezüglich der letzten Stellung im Beruf zeigen. Arbeiter weisen gegenüber anderweitig oder nie Erwerbstätigen eine durchschnittlich höhere Hilfe- und Pflegebedarfswahrscheinlichkeit auf. Über die Entwicklung dieser Determinanten lassen sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch nur Vermutun-

gen in Form von Szenarien anstellen. Realistische dynamische Annahmen über die Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit lassen sich gegenwärtig nicht prognostizieren. Eine Konstanthaltung der Effekte im Bereich der Morbiditätsentwicklung erscheint jedoch nicht unbegründet. Vor diesem Hintergrund ist es wahrscheinlich, daß sich statt einer deutlichen Zu- oder Abnahme der Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft wohl eher der Schweregrad verändern wird. Dies wird vor allen Dingen Konsequenzen für den Anteil der Personen haben, die in stationären Einrichtungen oder aber in privaten Haushalten gepflegt werden können (vgl. BiB, 1993).

7.1.3 Fazit und Zukunftsperspektiven der gesundheitlichen Situation

Auch wenn Krankheit und Alter nicht zwangsläufig korrelieren müssen, so steht doch fest, daß mit zunehmendem Alter der Faktor Gesundheit an Bedeutung gewinnt und zwar in zweierlei Hinsicht: Trotz aller Ungenauigkeit der Aussagen, die sich aus den gravierenden Mängeln unserer Gesundheitsstatistik ergibt, lautet ein Fazit aus den Daten und Kenntnissen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, daß der physische Gesundheitszustand der Bundesbürger besser ist als zu irgendeiner früheren Zeit und daß die Trends auch für die Zukunft noch einen Zuwachs an Lebensjahren und eine Abnahme der Krankheitslasten in allen Altersgruppen erwarten lassen. Die positiven Trends bei den meisten schweren, vorzeitig zum Tode führenden Krankheiten spiegeln sich in einer ständig abnehmenden Gesamtsterblichkeit wieder. Die schwerwiegenden Gesundheitsgefahren gehen für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland heute von ganz wenigen Krankheiten aus: Herzkreislaufkrankheiten, Krebs, chronische Erkrankungen der Atemwege und auch Unfälle verursachen etwa 90 v. H. aller Todesfälle.

Analog zu der Situation in den meisten Industrieländern stehen trotz einer leichten Rückläufigkeit die Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland nach wie vor an erster Stelle der Morbiditätsstatistik, gefolgt von bösartigen Neubildungen, rheumatischen Beschwerden bzw. Erkrankungen des Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen sowie Erkrankungen der Atemwege.

Erkennbar mehr an Gesundheit, Lebenslänge und auch Lebensqualität kann für die deutsche Bevölkerung vor allen Dingen dadurch gewonnen werden, daß die bereits bekannten Ursachen und Risikofaktoren vermindert oder beseitigt werden.

Andererseits ist zu berücksichtigen, daß in einer Gesellschaft mit einem immer größer werdenden Anteil älterer Menschen trotz abnehmender Krankheitslast und längerem Leben und der Zunahme an Gesunden in der Bevölkerung Beschwerden, Einschränkungen, chronische Krankheitszustände und Hilfebedürftigkeit häufiger anzutreffen sind als in durchschnittlich jüngeren Gesellschaften. Typisch sind dabei vor allem die hohe Chronizität der Erkrankungen — bei älteren Menschen macht sich besonders

die Verschiebung des Krankheitsspektrums von Akuterkrankungen hin zu chronischen Erkrankungen bemerkbar — und das damit verbundene gleichzeitige Auftreten verschiedener Krankheiten (Multimorbidität) sowie eine deutliche Zunahme von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Nach Prognosen des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1988) werden allein infolge der demographischen Entwicklung bis zum Jahre 2000 die akuten Erkrankungen um rund 11 v. H. zurückgehen, die chronischen Erkrankungen dagegen um 2 bis 3 v. H. ansteigen. Zu den zunehmenden chronischen Diagnosen zählen voraussichtlich Diabetes mellitus, Formen des Rheumatismus sowie zerebrovaskuläre Erkrankungen. Das geriatrische Erkrankungsspektrum schiebt sich damit erwartungsgemäß in den Vordergrund. Auch im Bereich der psychischen Störungen/Erkrankungen (Demenz, Depressionen) ist mit dem Alter eine deutliche Zunahme der Krankheitshäufigkeit festzustellen, besonders im Höchstalter. Schließlich ist auch zu erwähnen, daß die durchschnittliche Suizidrate vor allem bei männlichen Personen, nicht zuletzt aufgrund einer reduzierten körperlichen Verfassung, deutlich zugenommen hat.

Insgesamt gibt es also keinen Grund, anzunehmen, daß ein zukünftiger älterer Bevölkerungsteil einen geringeren Bedarf an Behandlung, Pflege und sozialer Unterstützung aufzuweisen hätte. Die Hoffnung, daß es in einer späteren Entwicklungsphase zu einer prozentualen und absoluten Abnahme der Anteile an Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf kommt, ist bisher durch empirische Befunde nicht untermauert. Auch Untersuchungen aus dem Ausland (für Schweden Svanborg, 1988; für Dänemark Schroll, 1989; für die USA Shanas, 1982, Crimmins, 1987 und Manton/Corder/Stallard, 1993) lassen angesichts fehlender epidemiologischer Studien zur Morbiditätsentwicklung der Bundesrepublik Deutschland keine gesicherten Zukunftsprojektionen zu. Dem aktuellsten Erkenntnisstand entspricht nach wie vor das Konzept der Bi-Modalität von Kane, das folgende Entwicklungen prognostiziert (Kane 1988):

- Auf der einen Seite verbessert sich langfristig der Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt und damit auch der der älteren Menschen. Die nachwachsenden Alterskohorten werden subjektiv wie objektiv „gesünder“ als ihre Vorgänger sein.
- Gleichzeitig gibt es jedoch keine Anzeichen dafür, daß sich zukünftig auch das Ausmaß der Handlungs- und Leistungsbeeinträchtigung vor dem — hinausgeschobenen — Lebensende verringern wird. Dies gilt sowohl für den Anteil der davon Betroffenen wie für die Dauer der Beeinträchtigung und hängt wesentlich mit der noch steigenden ferneren Lebenserwartung im höheren Alter zusammen.

Solange noch eine Steigerung der Lebenserwartung möglich ist — in Gesellschaften, in denen die Lebenserwartung zwischen 70 und 80 Jahren liegt, ist ihre weitere Steigerung entscheidend von der Senkung der Alterssterblichkeit abhängig — bzw. durch beste Behandlungsmethoden und technischen Fortschritt geradezu „provoziert“ wird, kann noch keine meß-

bare Kompression der Morbiditätszeitspanne prognostiziert werden (Fries, 1984, 1989). Vielmehr weisen der Anstieg manifester chronischer (somatischer und/oder psychischer) Erkrankungen sowie die hohen Prävalenzzahlen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im hohen und höchsten Alter darauf hin, daß trotz oder gerade, weil sich die Lebenssituation aller Betroffenen verbessert hat, auch die Anteile behinderter/beeinträchtigt Menschen zugenommen haben, da die Schwerkranken und Behinderten länger überleben. Die Hoffnung, daß sich für die Mehrheit der alten Menschen der Zeitpunkt, zu dem chronische Krankheiten manifest werden, hinter den Zeitpunkt des Todes verschiebt, erfüllt sich nach derzeitigem Wissensstand nicht. Vor dem Hintergrund des Konzepts der Bi-Modalität ist hinsichtlich künftiger zum Teil politischer Planungsaussagen von zwei Voraussetzungen auszugehen:

- Bei der Planung von Quantität und Qualität gesundheitspflegerischer Dienste ist vor allem auf die Zunahme manifester chronischer Erkrankungen und den Anstieg der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit Rücksicht zu nehmen, derart, daß die „epidemiologische Geriatriisierung“ ihre Entsprechung in einer „Geriatriisierung der Versorgungseinrichtungen“ findet.
- Gleichzeitig muß dem Umstand Rechnung getragen werden, daß Verbesserungen des Gesundheitszustandes der folgenden Alterskohorten im wesentlichen durch verstärkte Maßnahmen im Rahmen der Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung zu gewährleisten sind. Denn es muß bedacht werden, daß die in den höheren Altersgruppen vorherrschenden chronischen Krankheiten in der Regel auf lange bestehende Risiken und multiple, zusammenwirkende Ursachen zurückzuführen sind. Die Verringerung dieser Morbidität bzw. die Erhaltung der Gesundheit sind nur erreichbar, wenn früher im Leben die Risiken und Krankheitsursachen vermindert werden.

Eine Bilanz epidemiologischer Entwicklungen und deren Projektionen in die Zukunft fehlt bisher. Valide gesundheitsbezogene altenpolitische Zukunftsprojektionen hängen wesentlich davon ab, inwieweit es gelingt, eine nationale Gesundheits- u. Altersberichterstattung so aufzubauen, daß die bis heute erheblichen Lücken in den verfügbaren Daten und Analysen im Gesundheitsbereich beseitigt werden, die Daten systematisch zusammengeführt, analytisch interpretiert und die Ergebnisse auf eine handlungsorientierte Umsetzung ausgerichtet werden, sodaß überhaupt prognostische Ansätze für die gesundheitliche Entwicklung älterer Menschen möglich werden (vgl. Thiele/Trojan, 1990; Hoffmann, 1993; Statistisches Bundesamt, 1993). Dabei müssen insbesondere auch intervenierende Variable wie Veränderungen in der Arbeitswelt, Auswirkungen in der veränderten Umwelt, technischer Fortschritt und veränderte Familienkonstellationen weitaus mehr als bisher berücksichtigt werden.

7.2 Älterwerden von jung an Behinderter

Die Untersuchung des Problems der älterwerdenden von jung an Behinderten und ihrer Situation in der dritten Lebensphase steht erst am Anfang, denn

- Definitionen zu von jung an Behinderten, älterwerdenden Behinderten und älteren Behinderten sind nicht eindeutig und in der Abgrenzung z. T. fließend;
- die Alterspopulation der über 45jährigen Menschen mit Behinderungen wird sowohl in der Bundesrepublik Deutschland als auch in anderen westeuropäischen Ländern stark zunehmen — aufgrund verbesserter Überlebensraten bei schwerer Behinderung bzw. Krankheit;
- Wissenschaft und Praxis haben bisher nur wenig präzise Aussagen zur Erfassung der Lebenssituation getroffen, so daß ein gesicherter Kenntnisstand, unter welchen Bedingungen die älterwerdenden Behinderten leben und leben werden, noch sehr gering ist (vgl. Mann, 1992; Schütz, 1994);
- zuverlässige Daten über die Entwicklung der Altersstrukturen, eine Lebensortbestimmung und eine Konzeption für die Begleitung älterwerdender Behinderter fehlen bisher.

Aus den genannten Gründen können die nachfolgenden Ausführungen lediglich als Problemaufriß und das Thema damit nicht als abschließend behandelt werden.

Älterwerdende Behinderte sind in der Regel Personen mit einem Behinderungsgrad von 50 bis 100 v. H. Ihre Schädigung, Beeinträchtigung und Benachteiligung ist vor dem 40. Lebensjahr eingetreten (seit der Geburt, durch Krankheit oder Unfall), wodurch in den meisten Fällen die berufliche Ausbildung bzw. die berufliche Tätigkeit erschwert wurde. Dadurch ergibt sich im Alter sehr oft eine Kumulation von ökonomischen, physischen und psychischen Belastungen (Thomae, 1993). Die Gesamtgruppe der älterwerdenden Behinderten muß differenziert betrachtet werden. Zu unterscheiden ist zwischen dem Älterwerden von körperlich und dem von geistig-seelisch Behinderter.

7.2.1 Ausgangslage älterwerdender von jung an Behinderter

Da die Schwerbehindertenstatistiken nicht nach dem Alter bei Erwerb einer Behinderung differenzieren, kann zur Zeit nicht auf diese Daten zurückgegriffen werden.

Angeborene Behinderungen verursachen bei 58,4 v. H. der Betroffenen den höchsten Grad von Behinderung, also 100 v. H. Bei erworbenen Störungen gilt ein gleich hoher Prozentsatz nur für Blindheit. Taubheit erreicht ihn nur dann, wenn gleichzeitig Sprach- und Entwicklungsstörungen vorliegen. Unter den Querschnittsgeschädigten haben 87,5 v. H. ebenfalls eine Behinderung von 100 v. H. Demgegenüber sind

Menschen mit internistischen Erkrankungen nur zu 19,2 v. H. von totaler Behinderung betroffen.

Die sehr unterschiedlichen Lebenslagen und Probleme behinderter Personen in der Kindheit, Jugend und während des Erwachsenenalters verstärken sich gegenseitig und haben Auswirkungen auf den Altersverlauf.

Unter den 4,2 v. H. Bürgern mit angeborenen Behinderungen nehmen die geistig Behinderten eine besondere Stellung ein, weil der Betreuungsaufwand bei ihnen weitaus größer ist als bei den körperlich Behinderten. Dies spielt insofern eine Rolle, als infolge des medizinischen Fortschritts und der besseren psychologischen Betreuung viele dieser Personen heute das 50. Lebensjahr erreichen und sogar überschreiten. Ihr Behinderungsgrad übersteigt in der Regel 50 v. H. Zudem sind sie aus vielen Gründen noch schlechter gestellt als andere Behindertengruppen:

- Sie werden auch heute noch vorschnell aus der Gemeinschaft ausgegrenzt;
- ihnen wird in der Mehrzahl keine abgeschlossene Berufsausbildung ermöglicht, obgleich dies in vielen Fällen möglich wäre, und zwar nicht nur in speziellen Einrichtungen, sondern oft auch unter ganz normalen Ausbildungsbedingungen;
- daraus resultieren Erschwernisse oder die Unmöglichkeit, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, mit der Konsequenz, daß die meisten in Behindertenwerkstätten beschäftigt sind, dort aber nur ein geringes monatliches Einkommen erwirtschaften können;
- das überwiegend reine Bewahren, nicht das fordernde und fördernde Arbeiten mit ihnen, kann außerdem den Ablauf des Alternsprozesses beschleunigen, so daß
- diese Gruppe unter einer Kumulation von ökonomischen, psychischen und physischen Benachteiligungen leidet, die eine mögliche positive Entwicklung gefährden oder verhindern kann (Schütz, 1994).

Von Geburt an körperlich behinderte Personen sind gegenüber den geistig Behinderten meist in der Lage, klare Willensentscheidungen zu treffen und so ihre Tagesgestaltung und wohl auch ihren Lebenslauf wesentlich mitzubestimmen und entsprechende Kompetenzen zu entwickeln, um möglichst unabhängig ihr Leben zu bewältigen. Allerdings ist auch zu berücksichtigen, daß körperlich Behinderte ebenso wie geistig-seelisch Behinderte eine zweifache Belastung und Stigmatisierung erfahren: Infolge der Gebrechen ihrer Erkrankung und infolge der biologisch-physiologischen und psychosozialen Veränderungen im Gefolge des Alterns. Dies zeigt sich insbesondere daran, daß

- die Arbeitslosigkeit von Behinderten überproportional hoch ist, insbesondere bei Frauen;
- die nicht vorhandene normale Erwerbsbiographie zu einer nicht adäquaten Rentenanwartschaft führt, so daß das Leben im Alter nicht abgesichert

ist, bei einem gleichzeitig höheren Bedarf, etwa an technischen Hilfen;

- sich der Zugang etwa zu Rehabilitationsmaßnahmen im Vergleich zu Nichtbehinderten weitaus schwieriger gestaltet, insbesondere bei Frauen;
- und der Verbleib in der Wohnung nur gesichert ist, wenn entsprechende Versorgungsmöglichkeiten bestehen und infrastrukturelle Verbesserungen mehr Mobilität ermöglichen.

Hier muß zudem wieder differenziert werden zwischen älter werdenden Körperbehinderten, die in aller Regel in ihrer Wohnung bleiben (wenn keine zusätzliche, von der Behinderung unabhängige Erkrankung eintritt) und darüber hinaus ambulante Hilfen in Anspruch nehmen können (z. B. Sozialstationen) bzw. in eine Altenwohnanlage oder ein Altenheim umsiedeln können, und geistig Behinderten, deren Situation sich anders darstellt. Diese leben in der Regel in einem Wohnheim, das ihrer Behindertenwerkstatt angegliedert ist. Mit dem Ende ihrer Tätigkeit in der Werkstatt ist vorgesehen, daß sie auch das Wohnheim verlassen und damit ihre gewohnte Umgebung.

Über die Art der wohnungsmäßigen Unterbringung liegen verhältnismäßig wenige Angaben für Behinderte vor. Einvernehmlich wird aber betont, daß zentrale Defizite bestehen im Hinblick auf „Wohnen älter werdender Behinderter“ (Mann, 1992): Es fehlen zum gegenwärtigen Zeitpunkt geeignete Wohnheimplätze. Die Wohnangebote sind zu wenig differenziert in Wohnheime, Wohnungen oder Wohngruppen; insbesondere fehlen angemessene Wohnmöglichkeiten für Körperbehinderte, Mehrfach- und Schwerstbehinderte. Ferner werden ein Wohntraining und ein Angebot an Beschäftigungstherapien vermißt. Hinsichtlich eines differenzierten Wohnens fehlen Plätze für ältere und nicht mehr werkstattfähige Behinderte, Wohngemeinschaftsplätze und Einzel- und Paarwohnungen. Auch sind Einrichtungen mit einer ärztlichen und psychologischen Betreuung, die als Alternative zur Klinik gelten könnten, nur selten anzutreffen. Schließlich sind Formen des betreuten Wohnens für seelisch Behinderte nur unzureichend vorhanden, ebenso wie Tagesstätten; der Ausbau von regionalen Verbundsystemen und geeigneten Übergangseinrichtungen steht aus.

Auch in den neuen Bundesländern ist die Wohnsituation für Behinderte prekär. Nach der „Wende“ gebessert hat sich nach jüngsten Einschätzungen, allerdings mit einigen Einschränkungen, die finanzielle Lebenssicherung in Form höherer Renten- und Sozialleistungen. Allerdings sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß in der DDR seit 1973 für Personen, die wegen Invalidität keine Berufstätigkeit aufnehmen und deshalb nicht die Voraussetzungen zum Bezug einer Rente erwerben konnten, von der Vollendung des 18. Lebensjahres an für die Dauer der Invalidität eine Rente in Höhe der Mindestrente eingeführt wurde (vgl. Ruß, 1982). Erheblich verschlechtert haben sich dagegen die Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Hälfte der Befragten einer Studie (vgl. Wacker, 1993) ist nach der Wende arbeitslos geworden, verfügt über eine befristete ABM-Stelle oder

befindet sich im Vorruhestand. Nur 8 v. H. sprachen von einer verbesserten Arbeitssituation.

Bei von jung an Behinderten ist auch im psychosozialen Bereich (in den alten wie in den neuen Bundesländern) ein großer Unterstützungsbedarf festzustellen. Hier zeigen sich besonders große Mängel: Fast jeder Dritte findet bei psychischen Belastungen und Problemen nur mangelnde oder gar keine Unterstützung. Gegenwärtig spielt professionelle Hilfe sowohl bei behinderungsbedingtem als auch bei psychosozialen Hilfebedarf eine geringe Rolle. Demgegenüber wird die Hauptlast der Unterstützung behinderter Erwachsener von ihren Haushaltsmitgliedern, Verwandten, Freunden und Nachbarn getragen (vgl. Windisch/Kniel, 1993). Bei steigendem Durchschnittsalter von jung an Behinderter wächst der Anteil derjenigen, die nicht mehr über pflegende Familienangehörige (insbesondere Eltern) verfügen und deshalb institutioneller (öffentlicher) Hilfe bedürfen.

7.2.2 Fazit und Zukunftsperspektiven

Wenn auch die Prognose, nach der sich die Anzahl der Behinderten in Zukunft vergrößern wird, angesichts ungeklärter Definitionsprozesse und fehlender Statistiken nicht sehr gut abgesichert ist, so kann doch von der Annahme ausgegangen werden, daß die durchschnittliche Lebenserwartung von jung an Behinderter dank der Fortschritte der Medizin und entsprechender Fördermaßnahmen weiter steigen wird.

Die Lebenserwartung gleicht sich allmählich an die der Gesamtbevölkerung an. Noch nach 1952 ist die Lebenserwartung solcher von jung an behinderter Menschen international außerordentlich gering gewesen: So haben in einer amerikanischen Untersuchung von einer Ausgangspopulation 20 bis 40 Jahre alter geistig Behinderter und Zerebralparetiker nur zwei Drittel das vierte und fünfte Lebensjahrzehnt erlebt. Bis ins sechste Lebensjahrzehnt hatten von der Ursprungsgruppe 50 v. H. derjenigen mit geistiger Behinderung und nur 17 v. H. derjenigen mit Zerebralparese überlebt.

In verschiedenen Regionen der Schweiz betrug 1989 der Anteil der Menschen ab 60 Jahre aus der Gesamtgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung 5 bis 12,5 v. H. Im Jahr 2010 soll der Anteil bereits 15 bis 21 v. H. betragen und sich damit dem Prozentanteil der über 60jährigen in der Gesamtbevölkerung in etwa angleichen, der 22 v. H. betragen wird. Dementsprechend wird es in diesen Schweizer Regionen im Jahr 2010 voraussichtlich zwei- bis viermal so viele ältere Behinderte geben wie heute. 1989 ermittelte Ern für den Bereich Köln (1 Mio. Einwohner) nur 61 von jung an Behinderte im Alter über 60 Jahre. Er errechnete aber eine Steigerung auf 189 derartige Personen im Jahre 2010 und auf 427 Personen im Jahre 2020 (600 v. H. Steigerungsrate!).

Relativ verlässliche Schätzungen zu erwartender Steigerungen liegen für über 40jährige Menschen mit Down-Syndrom aus den Niederlanden vor (vgl. Stefelaar/Evenhuis, 1989). Die Steigerungen ergeben sich aufgrund des allgemeinen Anstiegs der Gebur-

tenzahlen, des höheren und risikoreicheren Gebärters der Mütter, der höheren Überlebenschancen der Behinderten mit Down-Syndrom im Alter durch gesteigerte Lebenserwartung, verbesserte Pflege und eine allgemeine Verbesserung der Fördermöglichkeiten für Behinderte (Ern, 1993). Demnach würde eine prognostische Steigerung im Vergleich von 1990 zum Jahr 2010 etwa 75 v. H. betragen. Wird diese Zahl entsprechend für die Bevölkerungszahl und die Entwicklung geistiger Behinderungen in der Bundesrepublik Deutschland hochgerechnet, so würde dort im Jahr 2010 ein Zuwachs an über 40jährigen mit geistiger Behinderung auf 140 000 — 227 500 im Vergleich zu 80 000 — 130 000 im Jahr 1990 zu verzeichnen sein (vgl. Ern, 1993).

Angesichts des Anstiegs der Zahlen älter werdender Behinderter ist mit völlig neuen Anforderungen und Aufgaben hinsichtlich der Daseinsgestaltung zu rechnen. Schon heute läßt sich aus Untersuchungen zu Altersstrukturen der um 1970 gegründeten Wohnstätten in der Bundesrepublik erkennen, daß im Jahr 2000 die Mehrzahl der behinderten Bewohner, falls sie in dieser Institution bleiben können, zwischen 50 und 60 Jahre alt sein wird. Außerdem werden dann viele 60- bis 70jährige Personen dort leben. Es ist also damit zu rechnen, daß aufgrund der relativ homogenen Alterszusammensetzung viele dieser Wohnstätten zu „Altenheimen für Behinderte“ werden (vgl. Hofmann, 1993; Ern/Hofmann, o. J.).

Nach einer Erhebung des Landesverbandes Niedersachsen der „Lebenshilfe“ wohnten im Jahre 1988 etwa 13 696 Mitarbeiter in Wohnstätten außerhalb von Familien. Für das Jahr 1998 werden unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zu- und Abgänge etwa 21 000 behinderte Mitarbeiter in den Werkstätten dieses Landesverbandes geschätzt. Für diese sind etwa 6 600 Wohnstättenplätze erforderlich (vgl. Erster Altenbericht, 1993), denn die bisherigen Neu- und Umbauten sind für derartige Wohnstätten kaum ausreichend, um den zukünftigen Bedarf zu decken. Da derzeit in den gemeindeorientierten Wohnstätten nur ganz wenige Ruheständler leben, besteht jetzt noch die Chance, daß sich die Gesellschaft entsprechend auf die zukünftigen Aufgaben der Begleitung älter werdender Behinderter vorbereitet (vgl. Hofmann, 1993).

Die verbesserten Diagnosemöglichkeiten erlauben es zudem, eine entstehende Behinderung im Frühstadium zu erkennen, und die modernen Rehabilitations- und Behandlungsmöglichkeiten vermögen immer öfter, die Einschränkung möglichst gering zu halten, so daß manche Behinderung reversibel wird. Nach einer Resolution der 30. Generalversammlung der Vereinten Nationen über die Rechte der Behinderten sollen dementsprechend die Bereiche der Prävention und Rehabilitation vorangetrieben werden, um eine Entfaltung der jeweils vorhandenen Fähigkeiten zu sichern und ihre Eingliederung ins normale Leben soweit wie möglich zu fördern (UNESCO-Kurier, 1981). Es liegen inzwischen genügend Untersuchungsergebnisse des westlichen Auslands wie auch der Bundesrepublik Deutschland dahingehend vor, daß durch Prävention, angemessene aktivierende Behandlung und Rehabilitation in hohem Maße

Schwerbehinderung vermieden, beseitigt, vermindert oder zumindest hinausgezögert werden kann. In Zukunft müssen daher alle Bemühungen um Frühförderung, soziale Integration und selbständige Lebensgestaltung älterwerdender Behinderter im Hinblick auf ihre gesellschaftliche Eingliederung und soziale Rehabilitation unterstützt werden. In Zukunft wird es entscheidend darauf ankommen, neben der Schaffung eigener Wohnheime bzw. betreuter Wohngruppen für von jung an Behinderte den Vorrang ambulanter Hilfen in allen Leistungsbereichen noch deutlicher zu betonen. Denn vor allem in einem vielfältigen, flexiblen Angebot sozialer Dienste und Initiativen liegt die Chance, auch den Schwerst- und Mehrfachbehinderten im Alter ein Leben zu ermöglichen, das den eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen entspricht. Es kommt aber auch darauf an, die Förderung von institutionellen Einrichtungen zu unterstützen.

Insgesamt betrachtet, muß von einer erheblichen quantitativen Zunahme älterwerdender Behinderter und ihrer Lebenserwartung — wenn auch in unklarem Ausmaße — ausgegangen werden. Sind die Probleme älterwerdender Behinderter mit Institutionen verbunden, lassen sich aus deren Entwicklung noch am ehesten der zukünftige Bedarf ableiten und hochrechnen sowie Versorgungsszenarien entwickeln. Dies trifft insbesondere für die Probleme älterwerdender geistig Behinderter zu. Im Hinblick auf zukünftige Prognosen lassen sich zwei Perspektiven miteinander verbinden: das zunehmende Altern der Behinderten und das damit verbundene Altern der Behinderten in Institutionen. Zudem führt die zunehmende Lebenserwartung Behinderter nach ihrem Ausscheiden aus der Berufstätigkeit zu gesundheits- und sozialpolitischen Handlungszwängen. So gesehen muß Gesundheits- und Altenpolitik auch Politik für älterwerdende von jung an Behinderte und alte Behinderte sein (Tews, 1993).

Dieser Themenbereich der von jung an Behinderten muß bezüglich der quantitativen Entwicklung und der spezifischen Bedarfslagen auch weiterhin differenziert untersucht werden. Der sich daraus ergebende politische Handlungsbedarf muß herausgearbeitet werden.

7.3 Prävention

Immer mehr Menschen erreichen ein höheres Lebensalter. Gleichzeitig steigt aber auch die Häufigkeit chronischer Erkrankungen; oft finden sich zudem Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität). Diese Entwicklung stellt sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht wachsende Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen und insbesondere an Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (BMG, 1993).

Handlungsbedarf ergibt sich insbesondere durch:

- Veränderungen in den Morbiditäts- und Mortalitätsraten mit einer Zunahme derjenigen Krankheiten und Todesursachen, bei denen die Mittel der Medizin nur lindernde und aufschiebende Wir-

kungen, aber keine Heilung mehr erreichen können;

- die Verbreitung von Krankheiten, deren Entstehung und Verlauf durch präventive Maßnahmen positiv beeinflusst werden können;
- eine Zunahme von Erkrankungen, die im Zusammenhang mit den veränderten Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen gesehen werden können;
- zunehmende soziale Unterschiede bezogen auf die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken der verschiedenen Sozialgruppen in unserer Gesellschaft;
- Veränderungen in den sozialen Bezugssystemen, insbesondere der Familie, mit Auswirkung auf die Sozialisation gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und die soziale Unterstützung bei Krankheiten und Behinderungen (BMG, 1993).

Die Prävention von Erkrankungen (und von Pflegebedürftigkeit und Behinderung) im Alter umfaßt sowohl Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit und Verhinderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) als auch die Behandlung von Risikofaktoren und ersten Krankheiten (sekundäre Prävention). Die tertiäre Prävention dient der Verhütung von Krankheitsrezidiven und Zweiterkrankungen. Die größte Bedeutung für alte Menschen kommt im Rahmen der tertiären Prävention den Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation zu einschließlich der Neugestaltung von Lebensumfeld und Weiterversorgung — mit dem Ziel möglichst weitgehender Selbständigkeit. Gesundheitsförderung als umfassende Perspektive zielt schließlich darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, indem die Bedeutung individueller und sozialer Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont werden wie die körperlichen Fähigkeiten und die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten (z. B. Familie, Schule, Betrieb und Arbeitsplatz, Städte und Gemeinden sowie gesundheitliche Einrichtungen).

7.3.1 Ausgangslage für Prävention und Gesundheitsförderung

Primäre Prävention — Da Erkrankungen im Alter durch körperliche, psychische, soziale und ökologische Bedingungen entstehen und durch biographisch relevante Ereignisse geprägt werden, richtet sich die Primärprävention unter anderem auf:

- Aufklärungsmaßnahmen (z. B. Ernährungsberatung, Bildungsmaßnahmen, Informationen über Angebote, Vorsorgeuntersuchungen usw.);
- Schutzmaßnahmen (z. B. Arbeits- und Umweltschutz);
- verhaltensändernde Maßnahmen (z. B. Vermeidung von Risiken, bewußte Ernährung, körperliche Aktivität, geistige Aktivierung und Gedäch-

nistraining, allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen).

Durch verstärkte primäre Prävention, die bereits in frühen Lebensabschnitten beginnen muß, zusammen mit einer Stärkung der Eigenverantwortlichkeit hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit, können Erkrankungen im Alter aufgeschoben oder verhindert werden. Hinweise zur primären Prävention nehmen in der Regel Bezug auf die Körperhygiene, die Ernährung, die körperliche und psychisch-geistige Aktivität, aber auch auf die Vorsorgeuntersuchungen, die drohende Risiken rechtzeitig erkennen sollen.

Ernsthafte präventive Bemühungen, den Gesundheitszustand der Bundesbürger weiter zu verbessern, müssen sich insbesondere darauf konzentrieren, Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten in der Bevölkerung herbeizuführen und Maßnahmen zu ergreifen, die es dem Konsumenten erleichtern, Nahrungsmittel gesundheitsbewußt auszuwählen. Die heute vorherrschenden Gesundheitsbeschwerden, chronischen Krankheiten und Todesursachen können durch richtige Ernährung weiter zurückgedrängt werden (Hoffmeister, 1990). Zuviel Kalorienaufnahme, zu hoher Fettanteil und zu wenig Ballaststoffe führen zu Übergewicht und haben Arteriosklerose, Bluthochdruck und Hypercholesterinämie zur Folge. Aus epidemiologischen Studien ist zudem bekannt, daß hoher Fleisch-, Fett- und Zuckerkonsum bei gleichzeitigem geringem Verzehr von Getreideprodukten, Kartoffeln, Gemüse, Salat und Obst mit dem Auftreten mehrerer Krebsformen korreliert. Als häufige Einzelkrankheit ist der Diabetes mellitus (Typ II) vorwiegend ernährungsbedingt. Unabhängig davon, daß ernährungsbedingte Krankheiten hauptsächlich die Folge von Fehlernährung sind, ist auch die toxische Belastung von Lebensmitteln im Rahmen der Prävention zu berücksichtigen (Hoffmeister, 1989).

Des weiteren gehören Mobilität und Vitalität zu den wesentlichen Grundlagen der physischen Kompetenz des alternden Menschen. In diesem Zusammenhang sind Maßnahmen der körperlichen Aktivierung und sportlichen Betätigung entscheidende Instrumente der Prävention. Die großen Kohortenstudien zum Einfluß von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit aus England und den USA belegen inzwischen eindrucksvoll, daß ein übliches bewegungsarmes Alltags- und Berufsleben sehr von regelmäßigem Sporttreiben profitiert. Zwei Jahre mehr Lebenserwartung erreichten die sportlich Aktiven in der Harvard-Alumni-Studie. Auch die geringere Sterblichkeit von Sporttreibenden an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch an Krebskrankheiten, ist überzeugend belegt, z. B. mit den Daten der jüngsten Studie von Cooper und Mitarbeitern aus Houston (Hoffmeister, 1990 a).

Zu einer erfolgversprechenden Primär-Prävention gehört die Berücksichtigung des klassischen Risikofaktorenkonzepts. Diese Risikofaktoren müssen bereits in jüngeren Altersstufen bekämpft werden, behalten aber ihren Risikocharakter bis ins hohe Alter (wobei allerdings die Relevanz der therapeutischen Beeinflussung abnimmt bzw. gar noch umstritten ist). Hierbei kommt — neben anderen spezifischen Maß-

nahmen der Ernährungsumstellung — der körperlichen Aktivität, Hygiene und Körperpflege insbesondere der Beeinflussung der epidemiologisch gesicherten Risikofaktoren Hypertonie, Hyperlipidämie und Zigarettenrauchen eine besondere Rolle zu. Darüber hinaus gehören Umweltschutz, Sicherheit und Schadstoffbegrenzung am Arbeitsplatz sowie Suchtaufklärung und -bekämpfung zu den wesentlichen Aufgaben der Primärprävention im frühen und mittleren Lebensalter. Die Forschung deckt immer klarer auf, wie sehr die Krankheiten des Herzens und Kreislaufs, die häufigen bösartigen Erkrankungen, die chronischen Krankheiten der Atemwege und Verdauungsorgane sowie der Altersdiabetes eine Folge des Lebensstils sind, d. h. auf lebenslange Konsumgewohnheiten und riskantes Gesundheitsverhalten zurückgehen. Die bei weitem schwerwiegendsten gesundheitlichen Gefahren gehen von Rauchen und Alkohol aus. Allein diese beiden Konsumgewohnheiten verursachen ein Viertel aller vorzeitigen Todesfälle in Deutschland, also rund 120 000 Fälle in jedem Jahr. Aus mehreren Langzeitstudien in den USA ist bekannt, daß die Lebenserwartung nichtrauchender Männer praktisch mit der von nichtrauchenden Frauen identisch ist. Es kann also geschätzt werden, daß unsere ältere Männergeneration, hätte sie so wenig geraucht wie ältere Frauen, im Durchschnitt sechs Jahre länger gelebt hätte. Andererseits konnten die Aktivitäten in den Interventionsregionen der DHP-Studie zeigen, daß intensive Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung zu einer meßbaren Reduktion des Rauchens führte. Unbestreitbar ist auch, daß die 10 v. H. der älteren Männer und Frauen, deren Blutcholesterinwerte über 300 mg/dl liegen, ein sehr hohes kardiovaskuläres Risiko tragen. In vielen Langzeitstudien wurde immer wieder gefunden, daß ein um 1 v. H. höherer Cholesterin-Spiegel in einer Bevölkerung eine um 2 v. H. höhere Erkrankungs- und Sterberate an ischämischer (die unzureichende Blutversorgung betreffender) Herzkrankheit bedeutet. Ungünstig häufig kommen auch erhöhte Blutdruckwerte und Bluthochdruckkrankheiten bei Bundesbürgern vor. Aufgrund der Framingham-Studie kann kein Zweifel daran bestehen, daß die Hypertonie (Bluthochdruck) auch im höheren Lebensalter mit dem Risiko einer erhöhten kardiovaskulären (Herz und Gefäße betreffenden) Letalität (Sterblichkeit) belastet ist (Kannel et al. 1981). Schließlich bedeutet auch der Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ein kardiovaskuläres und neurologisches Risiko, das in präventive Maßnahmen (Gesundheitsvorsorge) mit einzubeziehen ist.

Insgesamt betrachtet ist die Mehrheit der erwachsenen Bundesbürger mit einem, häufig sogar mit mehreren Risikofaktoren gleichzeitig belastet. Die Hauptgefahr geht weiterhin von wenigen Zivilisationskrankheiten aus. Erheblich mehr an Gesundheit kann durch präventive Maßnahmen dann erreicht werden, wenn die bereits bekannten Ursachen und Risikofaktoren dieser Krankheiten vermindert werden und die Kompetenz zu richtigem Handeln durch mehr Gesundheitsbildung, Aufklärung und Beratung, Erleichterung gesundheitsgerechten Verhaltens und durch ein breites Angebot entsprechender Dienstleistungen und Waren gefördert wird. Andererseits ist

auch zu berücksichtigen, daß Stoffe am Arbeitsplatz, Umweltbelastungen aus Luft, Wasser und Boden sowie Rückstände und Zusatzstoffe in Lebensmitteln und unerwünschte Arzneimittelwirkungen zum Krankheitsgeschehen unter den heutigen Lebensbedingungen beitragen und nicht in das Belieben des individuellen Verhaltens gestellt sind. Relativ ungesicherten Angaben zufolge sollen jährlich immerhin 20 000 Deutsche an bösartigen Tumoren sterben, die auf gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen zurückgehen. Dabei würden die Gefahren, die von krebserregenden Stoffen am Arbeitsplatz ausgehen, noch immer unterschätzt. Hinzu komme, daß in vielen Bereichen in den vergangenen Jahren hohe Luftbelastungen mit krebserregenden Gefahrstoffen aufgefallen seien (Der Spiegel, 1994).

Die Bedeutung der Veränderung der materiellen Umwelt für die Gesundheit der Menschen ist offenkundig und erfordert eine Koordinierung von Maßnahmen des Umweltschutzes mit solchen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes. Die Prüfung der Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung sollte ein integrierter Bestandteil von Umweltverträglichkeitsprüfungen sein. Darüber hinaus wird ein regelmäßig durchzuführender nationaler Umweltsurvey für erforderlich gehalten. Allerdings bedarf die Umweltbelastung und deren spezifische Auswirkung auf ältere Menschen einer gesonderten Betrachtung, die an dieser Stelle nicht geleistet werden kann.

Prävention am Arbeitsplatz — Prävention ist auch im Rahmen des Arbeitsschutzes — verstanden als menschen-, sozial- und umweltgerechte Gestaltung von Arbeit und Technik — zu betreiben. Diesbezüglich findet sich einerseits die Argumentation, daß

- die seinerzeit klassischen Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz (z. B. tödliche Arbeitsunfälle, tödliche Wegeunfälle) erheblich entschärft werden konnten;
 - neu erkannte Berufskrankheiten mit erheblichem Krankheitswert, wie Berufskrebse, sowohl präventiv als auch kurativ erfolgreicher als bisher angegangen werden können;
 - den künftig drohenden berufsbedingten Krebsleiden (derzeit jährlich etwa 500 Fälle durch Asbesteinwirkung und 50 Erkrankte durch andere Arbeitsstoffe) durch Arbeitsschutzmaßnahmen und Krebsforschung in einem stärkeren Ausmaß ebenso wie Asthma, Hauterkrankung, Schwerhörigkeit sowie den durch den Einsatz von Bildschirmarbeitsplätzen drohenden Gesundheitsgefahren Einhaltung geboten werden kann;
 - durch einen erheblichen Rückgang der allgemeinen Verschmutzung (z. B. Staub) in der Metallindustrie, im Kohlebergbau, in den Lackierereien sowie durch eine bedeutende Reduktion des Lärms am Arbeitsplatz und insbesondere der mechanisch-körperlichen Belastung durch vermehrten Einsatz von Hebewerkzeugen die Gesundheitsgefahren an den Arbeitsplätzen in den nächsten Jahrzehnten im allgemeinen weiter abnehmen
- und die Arbeitsplätze insgesamt gesünder werden, sodaß zusammenfassend
- Gesundheitsschäden aufgrund spezieller Einwirkung am Arbeitsplatz in den kommenden Jahrzehnten generell geringer werden (Fruhmann, 1993).
- Andererseits ist es begründet, anzunehmen, daß es berufliche Tätigkeiten gibt, deren Arbeitsanforderungen und -belastungen so beschaffen sind, daß sie aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zum Erreichen der Altersgrenze ausgeübt werden können (Kuhn/Henter, 1994). Darüber hinaus sind — etwa auch im Zusammenhang mit der Diskussion um die Altersgrenzen für Arbeitnehmer (63 bis 65 Jahre) im Sinne des berufsspezifischen Alters gerade aus arbeitsmedizinischer Sicht die altersbedingten physiologischen Änderungen zu beachten, die sich auf a) die Belastbarkeit und das körperliche Wohlbefinden, b) die psychometrische Leistungsfähigkeit und c) das äußere Erscheinungsbild und die Motorik auswirken (Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, 1994). Zwar wurde der Verweis auf die geringere Krankheitshäufigkeit älterer Arbeitnehmer in der gerontologischen Literatur vielfach dazu verwendet, die Behauptung eines generell höheren Krankheitsrisikos älterer Arbeitnehmer (entsprechend den Thesen des „Defizit-Modells im Alter“) zurückzuweisen, zumindest aber sie abzuschwächen (Thomae/Lehr, 1973; Stitzel, 1987). Aus den Untersuchungen zur Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung liegen jedoch Daten zur gesundheitlichen Verfassung von Pflichtmitgliedern der AOK und BKK vor, aus denen hervorgeht, daß die Gesundheitsprobleme älterer Arbeitnehmer mit steigendem Alter zunehmen werden und bereits in frühen Jahren „vorproduziert werden“ (vgl. Naegele, 1992 a; Kuhn/Henter, 1994). Aus der Krankheitsartenstatistik der BKK geht hervor, daß der altersspezifische Einfluß auf das Krankheitsgeschehen sich vor allem auf die chronischen Erkrankungen konzentriert. Im Arbeitsunfähigkeitsbereich sind dies von den vier wichtigsten Krankheitsgruppen eindeutig Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, also die Krankheitsgruppen mit der weitaus höchsten Ausfallzeit. Auffallend ist hierbei der bereits in den unteren Altersgruppen beginnende kontinuierliche Anstieg. Auf die über 45jährigen Beschäftigten entfallen etwa 31 v. H. der Pflichtversicherten, ohne Rentner, aber 37 v. H. der Arbeitsunfähigkeitsfälle und sogar 53 v. H. der Arbeitsunfähigkeitstage dieser Krankheitsgruppe. Auch bei Herz- und Kreislauf-Erkrankungen finden sich mit zunehmendem Alter sowohl häufigere wie längere Arbeitsunfähigkeiten. Insgesamt steigt die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) mit dem Alter kontinuierlich an und liegt bei den über 55jährigen im Durchschnitt bei 7 Wochen pro Jahr; die Krankheitsdauer je Fall bei den über 55jährigen bei etwa 4 Wochen. Zum Vergleich: Die Durchschnittsdauer aller Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) des gesamten Krankheitsspektrums beläuft sich auf etwas über 2 Wochen. Bei Frauen fällt besonders der hohe Anteil an psychischen Erkrankungen (Neurosen, Psychosen) im Vergleich zu den Männern auf. Bei den Neubildungen lassen sich frühere Anstiege der AU-Fälle und AU-Tage bereits in früheren Altersgruppen erkennen. Erkrankungen der Verdauungs-

organe, Verletzungen sowie Atemwegserkrankungen nehmen mit dem Alter eher ab. Insgesamt waren 5,5 v. H. aller Arbeitsunfähigkeitsfälle des Jahres 1991 Langzeitarbeitsunfähigkeitsfälle mit über 6 Wochen Dauer, auf die aber über 40 v. H. aller Arbeitsunfähigkeitstage fielen (Kuhn/Henter, 1994; BKK, 1993). Auch Sonderauswertungen von AU-Daten aus dem Bereich der Ortskrankenkassen belegen, daß die AU-Dauer je Fall mit dem Alter ansteigt (vgl. Busch, 1982, Behrens, 1983, Müller, 1985, Voges, 1992). Mit jeder Altersstufe verdoppelt sich der Anteil der Langzeitfälle an allen Fällen (3 v. H., 7 v. H., 12 v. H.), während sich der Anteil der AU-Volumen jeweils um etwa 50 v. H. erhöht (21 v. H., 33 v. H., 52 v. H.) (Müller, 1985). Die alterstypischen Befunde werden überlagert durch solche zur Schichtspezifität des Alters-AU-Risikos (vgl. Müller, 1985, Volkholz/Schwarz, 1984). Die höchsten AU-Raten finden sich demnach in Arbeitsbereichen, in denen unqualifizierte Arbeitertätigkeiten und/oder Produktionsarbeiten vorherrschen. Umgekehrt haben höherqualifizierte Berufsgruppen einen durchschnittlich besseren Gesundheitszustand und eine höhere Lebenserwartung als sozial schwächere, ungelernete Erwerbstätige mit in aller Regel höheren Belastungen durch chemische und physikalische Faktoren am Arbeitsplatz und einem im Durchschnitt schlechteren Gesundheitsverhalten (z. B. hohe Anteile der Risikofaktoren Rauchen und starkes Übergewicht). Darüber hinaus werden chronische Gesundheitsstörungen von Beschäftigten mit mentaler Belastung besser bewältigt als von gering qualifizierten Erwerbstätigen mit schwerer körperlicher Arbeit, die kombiniert ist mit weiteren Risikofaktoren. Gerade diese schichtenspezifischen Unterschiede in der Gesundheitslage der Beschäftigten lassen ein großes präventives Potential erkennen, das weniger vom Einkommen als vielmehr vom gesundheitsadäquaten Verhalten bestimmt wird und daher prinzipiell als erschließbar zu betrachten ist (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, 1994). Weiterhin läßt sich ein linearer Zusammenhang zwischen höheren Arbeitsbelastungen und höheren AU-Raten nachweisen (vgl. Georg et al., 1982, Enquete-Kommission, 1988, zusammenfassend Naegele, 1992 a).

Auch die Daten zur Frühinvalidität, d. h. die vor Erreichen der Altersgrenzen eintretende Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (BU,EU), können — allerdings mit gewissen Einschränkungen — als Indikatoren für die mit dem Alter zunehmende gesundheitliche Beeinträchtigung älterer Arbeitnehmer herangezogen werden (Naegele, 1992 a). Es vermischen sich Gesundheitsrisiken, soziale Risiken und Risiken des Arbeitsmarktes vor dem Hintergrund einer problematischen gesetzlichen Grundlage (vgl. Behrend, 1994).

Insgesamt ist der Anteil an Renten-Neuzugängen wegen Frühinvalidität stets gestiegen. Gleichzeitig läßt sich ein Trend zur Verjüngung des Zugangsalters zu den Frühinvaliditätsrenten feststellen. Dieser Trend findet seine Entsprechung in einer Verschiebung der Zugänge weg von den über 60jährigen hin zu den unter 60jährigen. Die Masse der Frühinvaliditätsfälle betrifft nach wie vor die Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren; das Frühinvaliditätsrisiko ist somit typisch für ältere Arbeitnehmer ab 50 Jahren

(vgl. Rüth, 1976; Conradi et al., 1987; Rehfeld, 1987; Kuhn/Henter, 1994).

Auffällig ist die Konzentration der Frühinvalidität auf nur wenige Krankheitsbilder. Im Vordergrund stehen chronisch-degenerative Erkrankungen: Krankheiten des Kreislaufsystems (23,92 v. H.), des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (29,97 v. H.), psychiatrische Krankheiten (13,82 v. H.) und bösartige Neubildungen (9,67 v. H.). Es sind dies Krankheitserscheinungen, die sowohl vorübergehende Erwerbsminderung begründen wie auch die Mortalitätsentwicklung beeinflussen (vgl. Behrend, 1992). Das durchschnittliche Berentungsalter bei BU/EU liegt heute (1991) in der Arbeiterrentenversicherung (ArV) für Männer bei 54,1 Jahren, für Frauen bei 53,8 Jahren, in der Angestelltenversicherung (AnV) für Männer bei 54,4 und für Frauen bei 51,5 Jahren. Das Risiko eines Pflichtversicherten, vor dem 60. Lebensjahr wegen BU/EU berentet zu werden, liegt je nach Geschlecht und Versicherungszweig unterschiedlich hoch: bei Männern der ArV bei 32 v. H. und bei Männern der AnV bei 15 v. H. Die Frauen liegen genau zwischen diesen Werten. Bezogen auf den Pflichtversichertenbestand des Jahres 1989 bedeutet dies, daß 5 Mio. Personen aus diesem Bestand vor Vollendung des 60. Lebensjahres wegen BU/EU berentet wurden (Kuhn/Henter, 1994).

In den neuen Bundesländern findet sich in den oberen Altersgruppen der über 55jährigen mit wenigen Ausnahmen eher eine absinkende Morbidität, was aber zum Teil auf die besonderen Verhältnisse des dortigen Arbeitsmarktes bzw. die zunehmende betriebliche Praxis, gesundheitlich beeinträchtigte ältere Arbeitnehmer (vorzeitig) auszugliedern, sowie die steigenden Verrentungen wegen Frühinvalidität (EU-Selektion) zurückzuführen ist (BKK, 1993).

Primär-Prävention durch Vorsorgeuntersuchungen

— Ein letzter und wesentlicher Teil der primären Prävention sind die Vorsorge- und vorsorglichen Untersuchungen. Ein Anliegen der Vorsorgeuntersuchungen und vorsorglichen Untersuchungen ist es, Gesundheitsstörungen (die von natürlichen Altersvorgängen abweichen) und Erkrankungen im oft latenten Frühstadium zu erkennen, um rechtzeitig zu intervenieren und dadurch das Ausmaß der klinischen Erscheinungen zu mildern oder Komplikationen zu verhindern. Waren ursprünglich nur einige wenige Indikationen für das Vorsorgeprogramm ausgewiesen (bei Frauen Brust-, Genital- und Mastdarmkrebs; bei Männern Mastdarm- und Prostatakrebs), so hat das Gesundheits-Reformgesetz aus dem Jahr 1988 die Möglichkeit vorsorglicher Untersuchungen erweitert. Allerdings zeigen die Erfahrungen, daß nur sehr wenige (ältere) Menschen die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen, z. B. zur Früherkennung einer bösartigen Erkrankung, wahrnehmen. Vor allem Männer haben weit mehr Angst vor einer kostenlosen Früherkennungsuntersuchung als Frauen. Nur 14,1 v. H. der Männer nutzen die kostenlose Krebsvorsorge. Bei den Frauen sind es dagegen 34 v. H. U. a. ist die Angst — laut „Krebshilfe“ der gefährlichste Partner der tödlichen Krankheit — Grund für die mangelnde Bereitschaft der Männer, sich untersuchen zu lassen.

Interessant ist die Tatsache, daß nach Allensbacher Umfragen der Anteil derjenigen, die sich für Gesundheitsfragen interessieren, über sämtliche Altersgruppen in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern ist. Zugleich gehen ältere Menschen in den neuen Bundesländern regelmäßiger zu medizinischen Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Schwitzer/Winkler, 1993) (vgl. Tab. 73):

Tabelle 73

Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen nach ausgewählten Altersgruppen
— Januar/April 1991 —
in v. H.

	Bevölkerung insgesamt	60—74 Jahre	75 Jahre und älter	60 Jahre und älter		
				insgesamt	Männer	Frauen
regelmäßig						
Ost	32	42	39	42	38	44
West	30	39	32	36	30	40
gelegentlich						
Ost	46	39	29	36	44	32
West	42	42	44	43	47	40
nie						
Ost	22	19	32	22	18	24
West	28	19	24	21	23	20

Quelle: Allensbacher Archiv IFD-Umfrage 9013, 5045.

Bedauerlicherweise ist die Effektivität der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt bisher sehr begrenzt geblieben. Es wird noch großer medizinischer und epidemiologischer Anstrengungen bedürfen, um sie zu verbessern.

Sekundäre und tertiäre Prävention — Wichtig ist, über die (primäre) Verhaltensprävention des einzelnen hinaus, im Bund mit der umweltbezogenen Prävention im Sinne gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen (Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen) die Aufgabe der sekundären Prävention, bereits manifeste Störungen und Krankheiten möglichst früh zu erkennen und zu behandeln. Auffällige Symptome und Befunde dürfen nicht als „alterstypisch“ mißverstanden werden und deshalb unbehandelt bleiben. Der sekundären Prävention kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung in dem Maße zu, indem es der Medizin gelingt, Folgen von eingetretenen Erkrankungen zu lindern und trotz bestimmter Funktionsverluste die allgemeine Kompetenz und Selbständigkeit möglichst zu erhalten und zu fördern, so daß weiterhin ein selbstbestimmtes Leben möglich ist.

Schließlich können durch Maßnahmen der Tertiärprävention (frühe Rehabilitation im interdisziplinären Team, möglichst in einer geriatrischen Krankenhausabteilung mit einer anschließenden teilstationären und ambulanten Therapiekette inklusive Hilfsmittelversorgung, Wohnungsanpassung usw.) Alterspatienten oft vor dauernder Pflegebedürftigkeit bewahrt werden. Dies gilt grundsätzlich auch für das Pflegeheim, in dem die ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung auch unter Präventionsgesichtspunkten verbessert werden muß. Dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie den niedergelassenen Ärzten, Beratungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen kommt bezüglich der Tertiärprävention ebenfalls eine wichtige Aufgabe zu, um durch rechtzeitige Intervention Folgeschäden und Rückfälle zu vermeiden sowie Residualeffekte (zurückbleibende Gesundheitsbeeinträchtigungen) zu minimieren und eine Qualitätssicherung präventiver, kurativer und rehabilitativer Maßnahmen zu gewährleisten.

7.3.2 Fazit und Zukunftsperspektiven der Prävention

Wenn die Prävention von Krankheiten ein stärkeres Gewicht annimmt, so wird sich dies langfristig auf den Gesundheitszustand der künftigen älteren Generationen positiv auswirken. Die Annahme, daß die ältere Generation von heute in einer besseren allgemeinen körperlichen Verfassung sei als die älteren Generationen in der Vergangenheit, läßt auch eine Projektion in die Zukunft zu: In einem Maße, in dem sich die Prävention verbessert, Krankheiten und Verschleiß verhindert bzw. möglichst weit hinausgeschoben werden können und ein besseres Gesundheitsverhalten besteht, bestehen auch die Chancen zu einer Verbesserung der Gesundheit zukünftiger älterer Generationen. Vorsorgemaßnahmen im Bereich der allgemeinen Lebensführung besitzen für die Gesunderhaltung und für das Erreichen einer höheren Lebensqualität einen entscheidenden Stellenwert. Ebenfalls entscheidend sind die präventive Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch die Reduzierung von Gesundheitsrisiken, die Umsetzung eines positiven ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses unter Einbeziehung von Einflüssen aus der sozialen und materiellen Lebens-, Arbeits- und Umwelt, die Transparenz über das Angebot präventionsbezogener Dienstleistungen und Waren, die Verbesserung der Koordinierung der Anbieter und ihrer Angebote sowie eine breite, qualitativ hochstehende Behandlung und Rehabilitation und schließlich die Entwicklung von Qualitätsstandards zur Sicherung einer Langzeitqualität präventiver Leistung. Dazu gehört auch eine Gesundheitsberichterstattung, die gesundheitliche Risiken, Gesundheitszustand der Bevölkerung, Standort und Entwicklungslinien der gesundheitlichen Versorgung und die Kosten aufzeigen soll, um die Effektivität und Effizienz der Prävention für die Zukunft abschätzen zu können.

Das geltende Verständnis von Gesundheit und Krankheit in unserer Gesellschaft sowie die darauf bezogenen Dienstleistungsangebote in unserem Gesund-

heitssystem müssen allerdings unter den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen neu begründet werden und vorrangig wirksame Strategien zur Gesundheitserhaltung und Krankheitsverhinderung im Rahmen der Prävention verfolgen. Vor diesem Hintergrund ist Prävention ein Teil eines umfassenden Konzeptes der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung dient auch der Erschließung und Förderung von Gesundheitspotentialen sowie sozialer und kognitiver Kompetenz. Gesundheitspotentiale sind mit entscheidend dafür, ob aus kurzfristigen Beeinträchtigungen des Befindens dauerhafte Schäden entstehen. In diesem Kontext besteht das Interesse heute keineswegs mehr nur an der Diagnose und der Bekämpfung von Risikostrukturen. Die materiellen und sozialen Dimensionen von Risiken sind inzwischen derart vielschichtig und zahlreich, daß sich heute zusätzlich neue Aufgaben für eine Präventionspolitik im Rahmen der Gesundheitsförderung ergeben (Badura, 1993). Orientierten sich die bisherigen speziellen Präventionsanstrengungen im wesentlichen am Risikofaktorenmodell, so gilt es inzwischen als gesichert, daß allgemeine Determinanten von Gesundheitsrisiken vielfach in gesellschaftlichen Strukturen verankert sind. Dabei muß insbesondere die ungleiche soziale Verteilung von Risiken in die Aufmerksamkeit der Gesundheitsförderungs politik rücken. Untersuchungen aus den USA zeigen, daß die Qualität der gewonnenen Lebensjahre bei wirksamer Flankierung durch die Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung keineswegs zwangsläufig durch chronische Krankheiten und Multimorbidität eingeschränkt sein muß. Die gleichen Untersuchungen verweisen allerdings auch auf die nach Sozialschichten sehr ungleich verteilten Chancen, diesen Gewinn an Lebensjahren und Lebensqualität durch die Abwehr von Risiken zu realisieren (vgl. Deutscher Bundestag, 1994).

Von Bedeutung ist auch die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Aufgrund eines Wandels in der Arbeitsorganisation, vor allem aber eines Wandels in der Altersstruktur der Gesellschaft, wird sich die Arbeitswelt vermehrt auf die besonderen Potentiale, Probleme und Bedürfnisse älterer, möglicherweise schon beeinträchtigter Beschäftigter einstellen müssen. Gefragt sind in Zukunft Arbeitsbedingungen und Qualifizierungsmaßnahmen, die auch älteren Arbeitnehmern Sinn und Selbstbestätigung der Arbeit gewähren und Arbeitsplätze unter gesundheitsfördernden Gesichtspunkten attraktiv machen: Durch zügige Rehabilitationsverfahren, durch stufenweise Wiedereingliederung und durch altersgerechte Arbeitsgestaltung. Zwar wird einerseits festgestellt, daß nicht eine allgemeine objektive gesundheitliche Verschlechterung durch die Situation am Arbeitsplatz als wesentliche Ursache für Arbeitsunfähigkeit und Frührentnerstatus gelten kann. Infolgedessen seien keine speziellen, zusätzlichen Maßnahmen am Arbeitsplatz erforderlich, da die allgemeine Aufgabe von Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz auf optimale Prävention von Gesundheitsschäden und Verschleißerkrankungen ausgerichtet ist und das Ziel einer verbesserten Lebensqualität und Leistungsfähigkeit für das höhere Lebensalter eigengesetzlich mit einbezieht (Fruhmann, 1993). Andererseits fallen die Projektionen zu den zukünftigen krankheitsbeeinflussenden betrieb-

lichen Mitbestimmungschancen älterer Arbeitnehmer eher skeptisch aus (Naegele, 1992 a). So gilt übereinstimmend, daß zwar insgesamt die körperlichen Belastungsfaktoren weiter zurückgehen, daß diese Entwicklung aber nicht geradlinig abläuft, sondern erhebliche Branchen- und Betriebsdifferenzierungen aufweist. Teilweise kommen — bedingt durch den weiteren Einsatz neuer Technologien — noch neue physische und psychische Belastungsfaktoren hinzu (vgl. Henniges, 1987; Naschold et al., 1989). Demgegenüber läßt sich für die physisch-mental Anfordernungen und Belastungen aufgrund von arbeitsorganisatorischen Einflüssen eine geradlinige Entwicklung im Sinne von weiterer Zunahme prognostizieren. Um diesbezügliche Interventionsmaßnahmen und Frühwarnsysteme aufzubauen, haben sich als Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung die betriebliche Gesundheitsberichterstattung, aber auch Gesundheitszirkel bewährt (vgl. Schröer/Sochert, 1992; Stuppardt, 1990; Görres, 1992 a, 1994).

7.4 Aspekte des Versorgungssystems

Die demographische Veränderung, der Strukturwandel des Alters und eine Morbiditätsentwicklung hin zu chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit haben insgesamt zu einer veränderten Bedarfslage in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen geführt. Ältere Menschen sind im besonderen Maße auf medizinische und pflegerische Versorgung angewiesen, was sich auch unmittelbar in der Patientenstruktur niederschlägt (vgl. Olbermann/Reichert, 1993; Tews, 1991):

- Etwa 40 bis 50 v. H. der Tätigkeit von Internisten, Allgemeinärzten, Gynäkologen, Neurologen und anderen Spezialisten sind schon jetzt der medizinischen Versorgung und Pflege älterer Patienten gewidmet;
- etwa 20 bis 30 v. H. der über 65jährigen Patienten im Krankenhaus waren in der jüngeren Vergangenheit Langzeitpatienten;
- etwa 40 v. H. aller über 65 Jahre alten Patienten werden kurz nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus wieder eingewiesen;
- 7,6 v. H. bzw. 12,5 v. H. der Personen ab 65 Jahren sind pflege- bzw. hilfebedürftig;
- nach bisherigen Ergebnissen findet sich ein exponentieller Anstieg der Demenzhäufigkeit mit zunehmendem Alter (etwa vom 60. bis mindestens 85. Lebensjahr);
- der Umgang mit irreversiblen Krankheits- u. Pflegezuständen wird zur Hauptaufgabe der Pflegeeinrichtungen bei gleichzeitiger Überbelastung der familiären Pflegestrukturen (vgl. dazu Olbermann/Reichert, 1993; Tews, 1991; Infratest, 1993; Dieck, 1991).

Als Folge kann ein für die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen proportionaler Zuwachs des Bedarfs im Gesundheitswesen und bei den sozialen

Diensten unterstellt werden. Der Strukturwandel des Alters führt aber auch zu qualitativen Veränderungen bzgl. der Anforderungen an die Versorgungssysteme sowie entsprechender Versorgungsstandards. Gefordert werden vor allem differenzierte, geriatrische und therapeutisch-aktivierende Versorgungsangebote mit rehabilitativem, gesundheitsförderndem Charakter, unter besonderer Berücksichtigung ambulanter und familienbezogener Strukturen. Bedarf, Angemessenheit und Qualität des Versorgungsangebots sind allerdings nur sehr vage definiert und entsprechend interpretationsbedürftig. Dies vor allem auch deshalb, weil die Ausführungen der jüngsten Gesetzgebung (Gesundheitsreform- und Gesundheitsstrukturgesetz) Qualität und Qualitätssicherung von Versorgungsstrukturen sowohl in quantitativer Hinsicht (Versorgungsdichte und Vielfalt in den einzelnen Teilbereichen) als auch in ihren qualitativen Bedeutungen (differenzierte Angemessenheit des Angebots) explizit betonen.

7.4.1 Stationäre Akutversorgung

Ein großer Teil kranker, hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen, die einer medizinisch-pflegerischen Behandlung bedürfen, wird in der Bundesrepublik Deutschland in medizinischen Fachabteilungen von Akutkrankenhäusern versorgt. Rund zwei Drittel der Krankenhausfälle werden durch sechs Diagnosegruppen verursacht: Bei den älteren Menschen dominieren die Herz-Kreislauf-Krankheiten einschließlich Schlaganfälle, gefolgt von Neubildungen, Erkrankungen des Verdauungstraktes und des Skeletts, Verletzungen sowie Erkrankungen der Harnwege (vgl. Brenner, 1989). Gerontopsychiatrische Erkrankungen sind nur nachrangig aufgeführt. Die bedeutendsten Geschlechtsunterschiede in der Krankenhausmorbidity Hochbetagter zeigen sich für die Krankheiten der Atmungsorgane, der Harn- und Geschlechtsorgane und die Neubildungen (jeweils bei Männern etwa doppelt so häufig) sowie für Verletzungen und Vergiftungen (bei Frauen etwa doppelt so häufig). Ferner nehmen die Krankenhausaufenthalte wegen rheumatischer Krankheiten in beiden Geschlechtergruppen und wegen Neubildungen bei Frauen mit dem Alter ab. Überdurchschnittliche Zunahmen mit dem Alter sind für die Verletzungen und Vergiftungen, für die Krankheiten der Atmungsorgane und für die Herz-Kreislauf-Krankheiten (nur bei Frauen) zu erkennen. Eine Verdoppelung mit dem Alter tritt auch in der Diagnosegruppe der „Symptome und schlecht bezeichneten Erkrankungen“ auf. Dies sind Fälle, in denen sehr vage Symptome wie z. B. Benommenheit, Schlafstörungen, Unwohlsein und Ermattung usw. oder unklare Bauchbeschwerden als Grund für den Krankenhausaufenthalt angegeben werden. Insgesamt kann man mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 19 bis 20 Tagen rechnen (BAGS, 1993). Die wachsende Häufigkeit dieser eben „schlecht bezeichneten“ Erkrankungen drückt die frühere Unfähigkeit aus, geriatrische Krankheitsbilder und -syndrome zu erkennen und zu definieren (Schwindel- und Sturz-

syndrom, Störungen der Nahrungszufuhr und Ausscheidung usw.), obwohl sie durchaus berechtigten Grund zu einer Krankenhausbehandlung geben.

In einigen Fachdisziplinen der Krankenhäuser ist infolgedessen der Anteil älterer Menschen überdurchschnittlich hoch. So liegt der Anteil von Patienten im Alter von 60 und mehr Jahren in Fachabteilungen für Innere Medizin bei durchschnittlich 60 v. H.; der über 70jährigen allein bei 41 v. H. (vgl. Mischo-Kelling, 1986; BAGS, 1993). Insgesamt wird die Alterspopulation für das Krankenhauswesen der Bundesrepublik Deutschland immer bedeutsamer:

- Fast 60 v. H. der Pflorgetage entfallen auf die Gruppe der über 55jährigen (vgl. Brenner, 1989); die über 65jährigen (knapp 16 v. H. der Bevölkerung) beanspruchten 1990 fast 40 v. H. aller Pflorgetage (Dieck, 1993);
- rund 48 v. H. aller gegenwärtigen Krankenhausfälle entfallen auf die Altersgruppe der Krankenhauspatienten über 55 Jahre; diese hat aber an der Gesamtbevölkerung lediglich einen Anteil von 26 v. H.;
- die Zahl der Krankenhausfälle je 10 000 Einwohner liegt im Mittel bei 1991, bei den über 75jährigen bei 5 798;
- die Zahl der Krankentage je Fall lag bei den 55- bis 65jährigen bei 19,7, den 65- bis 75jährigen bei 22,1 und den über 75jährigen bei 22,4, im Mittel dagegen bei 17,4 Tagen;
- die Krankentage je 10 000 Einwohner lagen im Mittel bei 34 643, dagegen bei den 55- bis 65jährigen bei 44 601, den 65- bis 75jährigen bei 81 284 und den über 75jährigen bei 129 875 Tagen (Brenner, 1989).

Die Akutmedizin der Krankenhäuser ist in der Regel allerdings nur unzureichend auf die Behandlung älterer Patienten ausgerichtet. Dieser Umstand korrespondiert offensichtlich mit der dominanten Ausrichtung der bundesrepublikanischen Medizin auf die Akutmedizin (vgl. Haag/Schneider, 1989).

Das herkömmliche Akutkrankenhaus mit seiner hochtechnisierten Apparatemedizin entspricht weder hinsichtlich seiner Ausstattung noch in bezug auf die Qualifikation des Personals den Bedürfnissen des hochbetagten Patienten (Füsgen, 1988; Steinhagen-Thiessen et al., 1992). Entsprechend des auf Behandlung und Heilung von akuten Krankheitszuständen beschränkten Therapieziels verfügen die Akutkrankenhäuser im allgemeinen nicht über die bei Multimorbiden und chronisch Kranken erforderlichen spezifischen diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Leistungsangebote, die angesichts der spezifischen Krankheitsbilder sehr alter Patienten weniger auf vollständige Heilung als auf Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung bestimmter Leistungen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens sowie auf die Förderung der allgemeinen Befindlichkeit abzielen sollten. Darüber hinaus werden gerade Hochbetagte auch häufig durch die weitgehend negativen Einstellungen des Kran-

kenhauspersonals gegenüber besonders pflegeintensiven Patienten benachteiligt. So scheint nach vorliegenden Untersuchungsergebnissen bei Krankenhausärzten eine generalisierte Defizitorientierung gegenüber sehr alten Patienten und eine pessimistische Beurteilung der Kranken hinsichtlich der Behandlungserfolge, die nicht zuletzt auf Mangel der Kenntnisse der Möglichkeiten aktivierender und rehabilitierender Therapiemaßnahmen bei älteren Menschen zurückzuführen sind, weit verbreitet zu sein (Naegele/Igl, 1993; Olbermann/Reichert, 1993; vgl. dazu auch Garms-Homolová/Schaeffer, 1989; Schaeffer, 1989).

In der Akutversorgung kam es zudem häufig zu Fehlbelegungen. Eine durch das BMA in Auftrag gegebene Studie zur Fehlbelegung der Betten kommt zu dem Ergebnis, daß etwa 38,4 v. H. der über 60jährigen Patienten zu lange im Krankenhaus lagen. Die Fehlbelegungsquote in Akutkrankenhäusern wird insgesamt mit 17 v. H. angegeben. Bezogen auf Diagnosen liegen Schlaganfallpatienten in der Gesamtheit der Fehlbelegungspatienten mit 17,5 Fehlbelegungstagen je Patient und hinsichtlich der Verweildauer von 45,8 Tagen an erster Stelle. (vgl. BMA, 1988). Mitentscheidend für die Fehlbelegungsquote und überlange Verweildauer sind zum Teil die Krankenhäuser selbst; iatrogene (durch den Arzt ausgelöste) Effekte sind dabei nicht auszuschließen. Immerhin werden 35 v. H. der Gründe für Fehlbelegungen dem unmittelbaren Einfluß des Krankenhauses zugeschrieben, 35 v. H. der Infrastruktur des Krankenhausversorgungsgebietes sowie 30 v. H. den wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen des Patienten (vgl. Luithlen, 1988). Es muß hier aber auch angemerkt werden, daß Akutkrankenhäuser bei der Entlassung pflegeabhängiger geriatrischer Patienten ohne Rehabilitationschance auf die Verfügbarkeit von Pflegediensten oder Pflegeheimplätzen angewiesen sind. § 221 StGB bedroht zu Recht die „Aussetzung Hilflloser“ mit Strafe.

Ein Großteil der im Akutkrankenhaus behandelten Langzeitpatienten könnte in anderen, kostengünstigeren Einrichtungen dann besser versorgt werden (Sachverständigenrat 1990), wenn die dort vorherrschenden Behandlungsprinzipien den speziellen Bedürfnissen älterer Menschen angepaßt werden. Wie etwa jetzt schon in der klinischen Geriatrie, könnten auch in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung bzw. in ambulanten Einrichtungen rehabilitative und therapeutisch-aktivierende Maßnahmen den Behandlungserfolg und die Lebensqualität deutlich verbessern. Kennzeichnend für den geringen Behandlungserfolg hochbetagter Patienten in den herkömmlichen Akutkrankenhäusern sind u. a. die hohen Wiedereinweisungsquoten: Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht davon aus, daß etwa 40 v. H. der über 65 Jahre alten Patienten kurz nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus wieder eingewiesen werden; ein Großteil der Entlassenen sind Pflegefälle (Sachverständigenrat, 1990). Ob diese Tendenzen so bestehen bleiben, ist allerdings fraglich, denn die Auswirkungen von Gesundheitsreform- und Gesundheits-

strukturgesetz erweisen sich derzeit bereits in erheblichem Ausmaß als Steuerungsvariable etwa für zukünftige Belegungsquoten und Verweilzeiten.

Grundsätzlich ist bei hochbetagten Patienten zu berücksichtigen, daß nach einer medizinischen Akutbehandlung vielfach Beeinträchtigungen weiterbestehen, die eine nachfolgende medizinisch-pflegerische und psychosoziale Betreuung erforderlich machen. Bei der Festlegung des erforderlichen Therapie- und Versorgungsbedarfs sowie bei der Zuweisung an die entsprechenden Versorgungsinstitutionen kommt den stationären Einrichtungen eine wesentliche Bedeutung zu. Fehlende geriatrische Kompetenz und mangelnde Informiertheit der Entscheidungsträger über geeignete Nachsorgeangebote und tatsächlich fehlende geriatrische teilstationäre und ambulante Einrichtungen führen jedoch nicht selten dazu, daß hochbetagte Patienten wieder völlig ohne Therapie oder Unterstützung nach Hause entlassen bzw. im Extremfall vorschnell in Pflegeheime überwiesen werden (Viefhues, 1982). Immerhin kommen bis zu 60 v. H. aller Neueinweisungen in ein Pflegeheim unmittelbar aus dem Akutkrankenhaus (Bäcker et al., 1989; Olbermann/Reichert, 1993).

7.4.1.1 Stationäre geriatrische Akutversorgung

Unter dem Begriff Geriatrie bzw. geriatrische Versorgung wird im folgenden (im Unterschied zur Gerontopsychiatrie) eine spezialisierte ganzheitlich — fachübergreifende Versorgung biologisch — alter, in der Regel multimorbider und in ihrer Alltags-Selbständigkeit eingeschränkter Patienten mit internistisch-somatisch geprägtem Diagnoseschwerpunkt verstanden.

Die herkömmliche stationäre Akutversorgung, die den größten Teil der Kosten im Gesundheitswesen verursacht, aber für den größten und weiterhin wachsenden Patientenkreis der älteren, multimorbiden und chronisch Kranken keine angemessene Versorgung gewährleisten kann, erweist sich zunehmend als ökonomisch und sozial unverträglich (vgl. Olbermann/Reichert, 1993; Krämer, 1992). Demgegenüber zeigen Studien über geriatrische Einrichtungen im In- und Ausland, daß die Effizienz einer spezialisierten Geriatrie inzwischen unbestritten ist (Schramm, 1987; Rustemeyer, 1987; Meier-Baumgartner, 1988, 1989; Görres, 1992 b; Füsigen/Naurath, 1989; Lucke, 1987; Steinhagen-Thiessen et al., 1992). Die klinische Versorgung geriatrischer Patienten stellt sich heute in der Bundesrepublik Deutschland als Teil des Gesundheitssystems mit ganz spezifischen Ausprägungen dar. Geriatrische Einrichtungen werden im allgemeinen unterschieden nach Fachabteilungen für Geriatrie an Allgemeinkrankenhäusern, geriatrischen Krankenhäusern und geriatrischen Tageskliniken mit diagnostischem bzw. therapeutischem und/oder rehabilitativem Schwerpunkt. Typologie und Nomenklatur geriatrischer Einrichtungen sind bisher allerdings nicht eindeutig. Dies zeigt sich besonders in bezug auf die geriatrischen Abteilungen. In Diskussion und

Praxis werden unter dieser Bezeichnung zwei unterschiedliche Richtungen und Zielsetzungen der geriatrischen Versorgung subsumiert bzw. nicht deutlich voneinander unterschieden: Es handelt sich einmal um die sogenannte Akutgeriatrie („Geriatrische Klinik“) und zum zweiten um die rehabilitativ orientierte Geriatrie („Geriatrische Rehabilitationsklinik“). Die Langzeit-Geriatrie wird zunehmend Aufgabe der Pflegeheime/Krankenheime.

Im Vordergrund der Versorgung durch geriatrische Einrichtungen, die eine anspruchsvolle und differenzierte Personalstruktur erfordert, stehen neben einer umfassenden Differentialdiagnostik (Assessment) und therapeutisch-aktivierenden Pflege je nach Behandlungsschwerpunkt vor allem therapeutische Angebote wie Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und physikalische Therapie sowie (neuro-)psychologische und sozialarbeiterische Betreuung durch das therapeutische Team.

Aus sozial- und gesundheitsplanerischer Sicht sollen geriatrische Kliniken und Abteilungen dazu beitragen,

- in Akutkrankenhäusern die altersspezifische (nämlich fachübergreifende) Versorgung akut erkrankter multimorbider alter Menschen zu gewährleisten;
- durch geriatrische Rehabilitationskliniken die Akutkrankenhäuser zu entlasten, d. h., Liegezeiten im Akutkrankenhaus zu verringern sowie Fehlbelegungen durch Wiedereinweisung von Langzeitpatienten zu vermeiden;
- die Pflegeheime zu entlasten, d. h. durch das Angebot rehabilitativer Therapien Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder zu vermeiden und
- die Kosten im Gesundheitswesen durch die Entlastung teurer Krankenhäuser und eine bedarfsgerechte Auslastung bestehender Versorgungskapazitäten zu senken (Rembeck, 1988).

Bis 1990 bzw. 1993 lagen weder sichere Angaben über die Einrichtungen (ihre Anzahl, ihre Art, ihre Kapazitäten, ihre Eignung, sowie ihren Versorgungsgrad) vor, noch über die Nutzer dieser Einrichtungen (ihre soziodemographischen Daten, ihren spezifischen Versorgungsgrad/-bedarf). Das Fehlen einer sicheren Datenbasis verhinderte sowohl eine angemessene Einschätzung der gegenwärtigen Versorgungssituation als auch eine fundierte Planung. Schätzungen für die alten Bundesländer durch das wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen und das deutsche Krankenhausinstitut von 1985 ermittelten bereits einen Bedarf an 106 000 geriatrischen Betten in Akutkrankenhäusern und weiteren 27 000 Betten in geriatrischen Rehabilitationskliniken (DKI/Wido-Studie, 1986). Inzwischen liegen aktuelle Daten zweier Erhebungen für die Bundesrepublik Deutschland vor: In einer auf die alten Bundesländer begrenzten Erhebung zu geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen von Lang et al. für den Ersten Altenbericht der Bundesrepublik wurden neben 109 gerontopsychiatrischen Einrichtungen 110 internistisch-

geriatrische Einrichtungen mit 9 527 Betten ermittelt (Lang et al., 1993). Eine frühere Untersuchung zu diesem Thema, deren Ergebnisse 1979 vom Deutschen Zentrum für Altersfragen veröffentlicht wurden (vgl. Clemens, 1979), konnte zwar 138 klinische Versorgungseinrichtungen für ältere Menschen — Geriatrie und Gerontopsychiatrie — in der Bundesrepublik Deutschland in die Auswertung aufnehmen, doch keine Aussage über die Repräsentanz der gewonnenen Ergebnisse treffen. Eine im Vergleich zu Lang et al. neue methodisch fundierte Untersuchung haben Meier-Baumgartner/Görres im Auftrage des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vorgelegt (Meier-Baumgartner/Görres, 1993). Erfasst wurden 93 Einrichtungen in allen Bundesländern (darunter 4 Einrichtungen in den neuen Bundesländern); 84 (63 Fachabteilungen und 21 Krankenhäuser) konnten ausgewertet werden, darunter 45 Kliniken mit Akutversorgungsschwerpunkten und 39 Rehabilitations-einrichtungen mit einer Gesamtbettenzahl von 7 214. Diese Zahl ist im Vergleich zur Lang-Studie zwar niedrig, dürfte jedoch eher die Realität abbilden, da sie auf die Berücksichtigung von Betten für Langzeit- und chronisch Kranke, bzw. Pflegefälle vollständig verzichtete. Nach den Ergebnissen dieser Studie fanden sich etwa 50 v. H. aller ermittelten Einrichtungen allein im Land Nordrhein-Westfalen. Defizite zeigten sich dagegen vor allen Dingen in Schleswig Holstein, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Bayern sowie in den neuen Bundesländern. Bemerkenswert ist, daß es vor allem im Bereich der Fachabteilungen in den letzten Jahren zu einer Verdoppelung der Einrichtungen gekommen ist. Die Einteilung nach den Schwerpunkten „Akutgeriatrie“ und „geriatrische Rehabilitation“ zeigt, daß eigenständige Krankenhäuser überwiegend ihren Schwerpunkt in der geriatrischen Rehabilitation sehen, während geriatrische Fachabteilungen ihren Schwerpunkt zu 65 v. H. im Akutbereich sehen. Von den erfaßten 7 214 Betten erschienen 6 096 im Krankenhausbedarfsplan der Länder, sodaß sich die geriatrischen Institutionen überwiegend als Krankenhäuser auswiesen. Etwa 70 v. H. der Einrichtungen lagen in einem städtischen Einzugsbereich. 13 der untersuchten 84 Einrichtungen verfügten über eine angegliederte Tagesklinik (15 v. H.). 86 v. H. verfügten über einen Konsiliardienst, 12 der Einrichtungen (14 v. H.) über eine eigene Pflegeabteilung. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 75,9 Jahre. Bei den Hauptdiagnosen dominierten mit 32,6 v. H. die Schlaganfallpatienten, bei 19,3 v. H. standen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei 18,5 v. H. Erkrankungen des Bewegungsapparates im Vordergrund. Allerdings gab es hier je nach Einrichtungsart und Behandlungsschwerpunkt erhebliche Schwankungen. Dies betrifft auch die Strukturdaten der Einrichtungen (vgl. Tab. 74).

Typisches Unterscheidungsmerkmal ist, daß die Akutgeriatrie über die Hälfte der Patienten direkt von zu Hause aufnimmt, dagegen die rehabilitativ orientierte Geriatrie mehr als die Hälfte aus anderen Krankenhausabteilungen. Übereinstimmend entlassen sowohl akut wie rehabilitativ geprägte Einrichtungen knapp 70 v. H. ihrer Patienten nach Hause. Die

Tabelle 74

Strukturdaten geriatrischer Einrichtungen nach Einrichtungsart

	Gesamt	Art der Einrichtung			
		eigenständiges Krankenhaus		Fachabteilung eines Krankenhauses	
		Schwerpunkt		Schwerpunkt	
		Akut	Reha	Akut	Reha
Zeitraum seit Gründung (Monate)	126,8	75,0	179,7	111,6	121,5
Bettenzahl	85,9	99,5	81,4	69,2	118,0
Patienten/Jahr	841,8	1 265,3	731,6	919,7	738,2
Pflegesatzhöhe (DM)	323,5	337,0	258,6	359,8	303,1
Verweildauer (Tage)	43,3	24,0	53,1	25,4	72,0
Betten im Bedarfsplan	75,3	88,5	51,1	67,7	107,4
Wartezeit Aufnahme (Tage)	19,5	7,7	49,1	5,9	15,6
Ablehnung Platzmangel (v. H.)	8,3	13,3	7,7	7,4	9,6
Auslastung (v. H.)	94,8	88,2	98,0	93,6	95,6
Idealgröße an Plätzen	96,7	125,8	90,8	88,6	109,7
Heimvermeidung (v. H.)	33,9	18,3	42,3	30,7	35,7

Quelle: Meier-Baumgartner/Görres, 1993.

primären Behandlungsziele der Geriatrie sind die Wiederherstellung der Selbständigkeit und Mobilisierung, die Verbesserung des Allgemeinzustands sowie die Heimvermeidung. Schwachstellen im Konzept liegen insbesondere im Personalmangel, in der Personalqualifikation, in unzureichender Ausstattung und Vernetzung mit anderen Einrichtungen. Die Frage nach geplanten Einrichtungen ergab, daß momentan 18 Krankenhäuser, drei geriatrische Abteilungen und zwei weitere Tageskliniken geplant sind. Ein Vergleich mit den 1985 ermittelten Bedarfszahlen der DKI/Wido-Studie verdeutlicht den eklatanten Nachholbedarf (vgl. Meier-Baumgartner/Görres, 1993).

7.4.1.2 Stationäre gerontopsychiatrische Akutversorgung

Es ist davon auszugehen, daß über 65jährige mit einer psychischen Störung oder Erkrankung — wenn diese oft auch nur teilweise als solche identifiziert wurde — überall im Versorgungsbereich anzutreffen sind, sowohl ambulant, teilstationär als auch stationär. So haben Beske/Kunczik geschätzt, daß in den alten Ländern der Bundesrepublik im Jahr 1987 rund 690 000 Demente (= 83 v. H.) zu Hause — z. T. mit Hilfe ambulanter Dienste — gepflegt wurden, weitere 160 000 in Alten- und Pflegeheimen lebten; 30 000 Fälle wurden nach dieser Berechnung im Krankenhaus behandelt (Beske/Kunczik, 1991). Damit lebt der größte Teil der psychisch kranken Älteren nicht in stationären Einrichtungen, sondern ist auf eine quantitativ wie qualitativ gute gerontopsychiatrische ambulante Versorgung angewiesen. Gerontopsychiatrische Tageskliniken und Tagespflegeheime bilden den teilstationären Bereich der Gerontopsychiatrie.

Sie sind ein wichtiges Glied zwischen der ambulanten und stationären Behandlung sowie der ambulanten und stationären Altenpflege. Derzeit gibt es nur 23 gerontopsychiatrische Tageskliniken in der Bundesrepublik.

Die stationäre Gerontopsychiatrie findet hauptsächlich in den Landes- bzw. Bezirkskrankenhäusern statt, meist unterteilt in Behandlungs- und Pflegebereiche. Nach einer Untersuchung von Lang et al. fanden sich in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 109 gerontopsychiatrische Einrichtungen mit insgesamt 10 025 Betten (alte Bundesländer) (Lang et al., 1993). Nach einer Untersuchung von Hirsch et al. über die bundesrepublikanischen Bezirks- bzw. Landeskrankenhäuser ließen sich eher bereits 10 244 Betten ermitteln (Hirsch et al., 1991). Damit verfügen die gerontopsychiatrischen Abteilungen in den Landes- bzw. Bezirkskrankenhäusern über 19 v. H. aller dortigen Betten. Für 1 000 Einwohner stehen 0,22 gerontopsychiatrische Betten zur Verfügung. Diese wiederum befinden sich (bezogen auf die Gesamtbettenzahl der Landes- bzw. Bezirkskrankenhäuser von 53 053) zu 8,7 v. H. (4 971) im Akut-, zu 6,2 v. H. (3 368) im Pflege- und zu 3,6 v. H. (1 959) im gemischten Bereich. Immerhin etwa 80 v. H. der untersuchten Krankenhäuser verfügen über eine eigene gerontopsychiatrische Abteilung, nur 8,3 v. H. verfügen über eine eigene gerontopsychiatrische Ambulanz. Im Rahmen der extramuralen Arbeit arbeiten 55,8 v. H. der Krankenhäuser mit Heimen, 61 v. H. mit dem sozialpsychiatrischen Dienst und 39 v. H. mit diversen anderen Versorgungseinrichtungen zusammen. Fast alle verfügen über eine eigene Pflegeabteilung. Das Zahlenmaterial von Hirsch et al. ergibt weiterhin, daß die meisten Abteilungen mehr oder weniger „De-

menz-Abteilungen“ sein dürften (Hirsch et al., 1991). Nicht zuletzt deshalb wird die Gerontopsychiatrie als solche negativ beurteilt, so daß mögliche Verbesserungen, z. B. durch vermehrte Förderung von Fortbildung und Supervision der Mitarbeiter, nicht oder nur sehr unzureichend wahrgenommen werden. Aufgrund des unzureichenden Ärzte-/Patientenschlüssels und des Mangels an therapeutischem Fachpersonal ist es zudem zur Zeit unmöglich, von echter Teamarbeit zu sprechen bzw. diese zu erreichen. Hinzu kommt, daß die baulichen Gegebenheiten zum Großteil mangelhaft sind und es nach der Untersuchung von Hirsch et al. immer noch Stationsgrößen zwischen 58 und 88 Betten gibt (Hirsch et al., 1991). Nur ein Teil der Abteilungen verfügt über offene Stationen und etwa ein Drittel ist immer noch nicht gemischt-geschlechtlich belegt. Nicht selten werden Mitarbeiter von anderen psychiatrischen Abteilungen in die Gerontopsychiatrie „zwangsversetzt“.

In psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern sind im Mittel etwa 27 v. H. der Planbetten mit gerontopsychiatrischen Patienten belegt. Je größer die Abteilung, desto eher sind eigene gerontopsychiatrische Stationen vorhanden (vgl. Hirsch et al., 1991). Schätzungen belaufen sich auf etwa 1 200 Betten in 35 gerontopsychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern oder Fachkrankenhäusern (vgl. Bruder, 1993).

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in gerontopsychiatrischen Abteilungen (insbesondere der Landesnervenkrankenhäuser) ist in den letzten Jahren stark zurückgegangen. Parallel dazu konnten die baulichen Strukturen verbessert werden. In dem Maße, wie die „Verwahrung“ zurücktritt und die Langzeitpatienten in den Nervenkrankenhäusern nicht mehr verbleiben, müssen wohnortnahe ambulante Versorgungsangebote ausgebaut werden und auch die Altenpflegeheime für diese Versorgungsaufgabe besser ausgerüstet werden (kontinuierliche heimärztliche Versorgung mit gerontopsychiatrisch erfahrenen Ärzten, gerontopsychiatrische Schulung der Pflegemitarbeiter, beschützende Stationen).

Bisher nicht verwirklicht ist, daß gerontopsychiatrische Kliniken, ähnlich wie geriatrische, über Rehabilitationsstationen verfügen. So findet, schon aufgrund der notwendig gewordenen Verringerung der Verweildauer in den Akutkliniken, potentiell mögliche klinische Rehabilitation in der Gerontopsychiatrie kaum statt. Bezogen auf die Rehabilitation der Gerontopsychiatrie, aber auch auf gerontopsychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, besteht insofern ein erheblicher Nachholbedarf. Dort, wo sich solche Abteilungen nicht schaffen lassen, sollten zumindestens Konsiliarteam, Gruppen von Ärzten und Pflegekräften und sozial engagierten Berufsgruppen z. B. eine bettenführende Abteilung haben.

Eine ungünstige Auswirkung für psychisch kranke Ältere, die einer stationären Behandlung bedürfen, hat auch die immer noch vorherrschende Dreiklassenpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Von den Universitätskliniken haben nur einzelne — immer noch zu wenige — einen Pflichtversorgungsauftrag gegenüber Alterspatienten und ebenso nur ein Teil der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, dagegen alle Landeskranken-

häuser. Neben dem Einzug der Gerontopsychiatrie in die Universitätskliniken und die Allgemeinkrankenhäuser sind zudem eine weitere Sektorisierung und der Abbau noch existierender alter Hierarchiestrukturen erforderlich. Gleichzeitig muß für die gerontopsychiatrischen Abteilungen die Selbständigkeit, d. h. Eigenverantwortlichkeit gestärkt werden. Die Größe der Landes- bzw. Bezirkskrankenhäuser hat sich in den letzten Jahren verringert. Die ehemals sehr hohen Verweildauern in diesen Abteilungen sind stark rückläufig. Die Mehrzahl von ihnen ist aber noch so groß und so fern von einem modernen Gesundheitsmanagement, daß die potentiellen Möglichkeiten der Gerontopsychiatrie schon deshalb nicht verwirklicht werden können, wengleich sich die gerontopsychiatrischen Abteilungen derzeit auch allmählich hin zu kompetenten, fachspezifischen alterspsychiatrischen Einrichtungen entwickeln.

Zu wünschen ist ferner, daß Gerontopsychiatrie mit engem Bezug zum übrigen regionalen Versorgungsangebot unter Einbeziehung der familialen Netzwerke durchgeführt wird. Eine koordinierte und kooperierende, systematische gerontopsychiatrische Versorgung ist sicherlich notwendig. Die Kontakte zwischen den einzelnen Einrichtungen sind eher spärlich, einzelfallorientiert und meist auf bestimmte Bereiche begrenzt. Von einer regionalen Zusammenarbeit, gar Vernetzung kann nicht gesprochen werden. Zu viele Eigeninteressen der Träger, Beschränkungen im Personalschlüssel, gesetzliche Vorgaben u. a. haben dies bisher verhindert (vgl. Hirsch, 1993).

7.4.2 Rehabilitation

Die Rehabilitation älterer Menschen spielte bis zu den 60er bzw. 70er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland eine nur untergeordnete Rolle. Erst die Arbeiten von Störmer, Steinmann, Lauter, Oesterreich und v. a. Lehr haben die Grundlagen und Aufgaben der Rehabilitation bei körperlich und/oder psychisch erkrankten älteren Menschen beschrieben und damit auf die Notwendigkeit und auch auf die Erfolge der Rehabilitation älterer Menschen hingewiesen (Störmer, 1970 (Steinmann, 1972; Lauter, 1974; Oesterreich, 1975; Lehr, 1979). Insbesondere die Unterscheidung von Steinmann zwischen präventiver (Vorbeugung von Krankheiten), allgemeiner (genereller, körperlicher, psychischer und kognitiver Aktivierung) und gezielter Rehabilitation (Entwicklung und Umsetzung eines krankheits-, behinderungs- und störungsspezifischen Rehabilitationsansatzes) hat zu einer Spezifizierung und weitgehenden Akzeptanz der geriatrischen Rehabilitation beigetragen (Steinmann, 1972, 1976):

— **Präventive Rehabilitation** geht von der Erkenntnis aus, daß der in früheren Lebensabschnitten ausgebildete Lebensstil (Ausmaß gesundheitsbewußten Verhaltens, Grad der körperlichen, kognitiven und sozialen Aktivität, Art der Auseinandersetzung mit neuen Aufgaben und Belastungen), die frühere gesundheitliche Situation sowie die früheren Lebensbedingungen (z. B. Ernährungs-, Wohn- und Bildungsbedingungen) Einfluß auf spätere Alternsprozesse ausüben. Aus diesem Grunde sind die positive Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens durch Aufklärung, Vorsorgeuntersuchungen,

Früherkennung und rechtzeitige Behandlung von Erkrankungen sowie körperliche und kognitive Aktivierung als bedeutende Elemente der präventiven Rehabilitation zu verstehen.

- Der **Allgemeinrehabilitation** liegt die Erkenntnis zugrunde, daß frühzeitig einsetzende Mobilisierung und Aktivierung (verstanden als Anregungen zur Ausübung einzelner Tätigkeiten sowie zum Einsatz kognitiver Fertigkeiten) die Umsetzung vorhandener Leistungsreserven fördern, die Verfestigung bestehender und die Entwicklung weiterer Einbußen in sensomotorischen und kognitiven Fertigkeiten verhindern und dadurch einen wichtigen Beitrag zur Wiedererlangung der Selbständigkeit leisten. Die in der Interventionsgerontologie schon vor vielen Jahren aufgestellte und empirisch gestützte Annahme, wonach eine anregende, leistungsfördernde und selbständigkeitsfördernde Umwelt eine zentrale Voraussetzung für Aufrechterhaltung und Wiedererlangung der Selbständigkeit bildet (vgl. Baltes/Danish, 1979; Lehr, 1979), ist auch für die allgemeine Rehabilitation grundlegend. Vor allem innovative Konzepte der Pflege zeichnen sich dadurch aus, daß in ihnen Aspekte wie Mobilisierung und Förderung einzelner Fertigkeiten (mit dem Ziel, ein möglichst hohes Maß an Selbständigkeit aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen) besonderes Gewicht erlangen (Bobath-Konzept). Die möglichst weite Erhaltung und Förderung der Kompetenz im Alltag ist nicht nur innerhalb der Geriatrie, sondern auch innerhalb der Gerontopsychiatrie als eine wichtige Aufgabe der allgemeinen Rehabilitation (auch in der Pflege) beschrieben worden. Ein bedeutsames Ziel der Rehabilitation (und Pflege) psychisch erkrankter Menschen besteht auch darin, einzelne Fertigkeiten möglichst lange zu erhalten und auf diese Weise die Selbständigkeit im Alter zu fördern.
- Im Bereich der **gezielten Rehabilitation** ist vor allem hervorzuheben, daß die ursprünglich für die Rehabilitation jüngerer Menschen entwickelten Konzepte und Methoden nach und nach für die Rehabilitation Älterer fruchtbar gemacht wurden. Diese Entwicklung ist darauf zurückzuführen, daß Grundlagen-, Interventions- und Rehabilitationsforschung empirische Belege für die im Alter bestehenden Rehabilitationspotentiale, für die — im Alter häufig nicht genutzte — physische und kognitive Reservekapazität sowie für die Plastizität sensomotorischer Funktionen und kognitiver Fertigkeiten erbracht haben. Im Kontext dieser Konzepte und Methoden sind vor allem jene zu nennen, die sich auf die Förderung der Selbständigkeit (Verstärkung selbständigkeitsorientierten Verhaltens), die objektiv und subjektiv erlebte Kontrolle (Übertragung von Aufgaben im Alter), die kognitive Leistungsfähigkeit (Einsatz vorhandener und Erwerb neuer kognitiver Strategien), die Fertigkeiten im Alltag (Kompetenztraining) sowie soziale Fertigkeiten (gruppentherapeutische Angebote) zielen (vgl. Kruse, 1993).

Die Nutzung und Förderung von Veränderungspotentialen im Alter erfordert insofern spezifische interdisziplinäre Rehabilitationsansätze, wie sie in Neuropsychologie, kognitiver Psychologie, Ergotherapie, Kran-

kengymnastik und Logopädie entwickelt wurden. Der Stand der Forschung und die Anwendung ihrer Befunde auf Aufgaben in der Praxis ist beachtlich. Hinsichtlich der gegenwärtigen Einschätzung der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland finden sich inzwischen umfangreiche Kenntnisse über rehabilitative Verfahren und diese werden in den Einrichtungen auch mit Erfolg angewendet (vgl. Meier-Baumgartner, 1989; Williams, 1985; Andrews, 1987; Görres, 1992 b; Görres/Meier-Baumgartner, 1988; Kruse/Nikolaus, 1992; Meier-Baumgartner et al., 1992; Steinhagen-Thiessen et al., 1992; Füsgen, 1988; Schramm, 1987; Lucke/Kleff, 1988).

Rehabilitation im Alter — so verstanden — orientiert sich nicht nur an medizinischen Diagnosen, sondern wesentlich an der Frage: Wie kann der Patient wieder eine größtmögliche Selbständigkeit, ein subjektives Wohlbefinden, eine Verbesserung der Hilfs- und Pflegesituation für sich — bzw. für die in Anspruch genommenen Angehörigen — innerhalb seines sozialen Umfeldes erreichen? Sie muß den Patienten immer insgesamt in seinen verschiedenen Lebensbereichen erfassen (medizinische, soziale und psychologische Aspekte), ihn in seinen eigenen Bemühungen zur Bewältigung komplexer Person-Umwelt-Situationen unterstützen und durch wiederholte Behandlung die erzielten Erfolge festigen.

Das Rehabilitationsziel hängt ab von den Bedürfnissen, den Fähigkeiten und den Möglichkeiten sowohl des Patienten als auch der gegebenen Versorgungsqualität bzw. Infrastruktur. Dieses Ziel kann in der Geriatrie sehr bescheiden wirken, dafür aber für den Betroffenen von größter Bedeutung sein. Entscheidend ist bei der Planung und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen mit dem Ziel der weitestgehenden Selbständigkeit älterer Menschen die Einschränkung „soweit möglich“, weist sie doch auf die durch die jeweilige Lebenssituation völlig unterschiedliche Realisierungsebene einer zu erhaltenden oder zu erweiternden Selbständigkeit hin. Auch im gerontopsychiatrischen Bereich muß ein Rehabilitationsziel realistisch angesetzt sein. Der Aufbau entsprechender ambulanten, teilstationärer und stationärer Hilfen und Einrichtungen ist ein wichtiger Bestandteil gemeindenaher (Geronto-) Psychiatrie. Dabei bedarf die Frage des Verhältnisses gerontopsychiatrischer Angebote zur Geriatrie einerseits und zur Allgemeinpsychiatrie andererseits sowie die Frage nach deren Zusammenarbeit besonderer Aufmerksamkeit (vgl. Deutscher Verein, 1993).

Hinsichtlich der Effektivität geriatrischer Rehabilitation zeigen nahezu alle Arbeiten, insbesondere die zum Schlaganfall, deutliche funktionelle Verbesserungen sowohl während der klinischen und tagesklinischen Behandlung als auch im Rahmen stationärer Altenhilfe auf (zusammenfassend Meier-Baumgartner et al., 1992). Faßt man die empirischen Ergebnisse zusammen, so kommt man insgesamt zu der Feststellung, daß trotz einer zunächst ungünstigen Eingangsbeurteilung eine Wiederherstellung in vielen Fällen zum Teil oder ganz möglich ist und das Ziel einer Entlassung nach Hause bei etwa 75 bis 80 v. H. der Patienten erreicht werden kann. Der Rehabilitations-

erfolg wird daher bei einem Großteil der Patienten entsprechend hoch eingeschätzt (vgl. Görres/Meier-Baumgartner, 1986; Gadomski et al., 1986; Lucke, 1987; Nausner, 1989; Frehrking, 1989; Bruder et al., 1991). Erfahrungen aus dem anglo-amerikanischen Raum zeigen zudem, daß geriatrisch betreute Patienten eine niedrigere Mortalität gegenüber anderen Patienten haben (23,8 v. H. gegenüber 48,3 v. H.) und seltener in ein Pflegeheim verlegt werden müssen (12,7 v. H. gegenüber 30,0 v. H.). Auch die Liegezeiten in Akutkrankenhäusern, in Pflegeheimen und die Häufigkeit der Wiedereinweisung ins Akutkrankenhaus können durch spezielle geriatrische Einrichtungen deutlich gesenkt werden (vgl. Gadomski et al., 1986; Füsgen/Naurath, 1989; Rubenstein et al., 1984).

Allerdings geht eine Reihe von Untersuchungen davon aus, daß angesichts der Vielfalt der Probleme, mit der sich geriatrische Patienten konfrontiert sehen — in der Regel handelt es sich hier um chronische Erkrankungen —, eine Vorwegnahme von Problemsituationen durch eine umfangreiche Beratung von Patient und Angehörigen schon im stationären Bereich, eine ambulante Fortführung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Unterstützung des sozialen Umfeldes im Hinblick auf eine langfristige Qualitätssicherung im häuslichen Bereich eine unbedingte Notwendigkeit darstellen. Viele Patienten sind auch nach erfolgreicher Rehabilitation nach wie vor behindert und in ihrer Mobilität und Selbständigkeit eingeschränkt, insbesondere was die Aktivitäten des alltäglichen Lebens betrifft. Denn inzwischen konnten mehrere Studien zeigen, daß eine langfristige Erhaltung des Rehabilitationserfolgs nicht selbstverständlich gegeben ist (vgl. zusammenfassend Görres, 1992 b). In Nachuntersuchungen zeigte sich eine deutliche Zunahme der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, sofern die Bemühungen nicht fortgesetzt wurden. Ein Großteil der Patienten braucht dementsprechend auch nach der stationären Behandlung hilfreiche Unterstützung, um den Rehabilitationserfolg langfristig zu sichern. Dazu bedarf es eines gemeindenahen Konzeptes geriatrischer Rehabilitation mit Vernetzung aller Dienste und rechtlicher Absicherung der Ansprüche. Neben dem notwendigen Ausbau gemeindenaher Rehabilitationsmöglichkeiten — auch in Alten- und Pflegeheimen — muß vor allem die ambulante Infrastruktur verbessert werden. Dazu gehört ein entsprechendes ambulantes Nachsorgeangebot: Tageskliniken, mobile Rehabilitationsteams, Beratungsstellen und die verstärkte Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte im Rahmen eines dort praktizierten geriatrischen Assessments (vgl. Görres, 1992 b; Ostermann, 1990; Kruse, 1993; Deutscher Verein, 1993; Rönisch, 1993; Döhner, 1993).

7.4.3 Stationäre Langzeitversorgung

Zur stationären Langzeitversorgung gehören derzeit Wohn- und/oder Pflegeangebote für ältere Menschen mit unterschiedlichen Service-, Betreuungs- und Pflegeangeboten sowie einer ärztlichen Versorgung, die grundsätzlich durch Vertragsärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen ambulant geleistet wird. Bedauerlicherweise gibt es nur in wenigen großen Pflege-

heimen bzw. Krankenhäusern noch oder neuerdings eine kontinuierliche ärztliche Versorgung durch festangestellte Heimärzte. Eine akutstationäre Krankenhausversorgung ist für diese alten Menschen nicht oder nicht mehr erforderlich und eine ambulante Versorgung oder Betreuung durch Angehörige oder im Rahmen der Familienpflege ist entweder nicht möglich oder nicht erfolgversprechend. In den neuen Bundesländern führen allerdings die verbreiteten und schwerwiegenden Qualitätsmängel der (unter anderem von alten Menschen bewohnten) Wohnungen dazu, daß Langzeitversorgung in stationären Einrichtungen immer noch als primäre Wohnlösung nachgefragt wird. Allerdings sehen einzelne neue Bundesländer (so z. B. Thüringen) bereits jetzt keine Förderung von Altenheimbereichen vor, da sie diese Unterbringungsform — trotz bestehender Wohnungsmängel — für überholt halten. Heimversorgung ist zunehmend nur für jene eine realistische Lösung, die in ihrer eigenen Wohnung mit ambulanter Versorgung nicht ihrem pflegerischen Bedarf angemessen untergebracht und fachlich betreut werden können.

Eine sozialrechtlich festgelegte Nomenklatur zur Abgrenzung von verschiedenen Heimtypen existiert nicht. Die einzelnen Typen der stationären Langzeitversorgung — Altenwohnheim, Altenheim, Altenpflegeheim/-krankenheim — unterscheiden sich nach dem Ausmaß der von ihnen vorgehaltenen Betreuungsintensität. Ein großer Teil der Heime sind sogenannte mehrstufige Einrichtungen, d. h., durch eine organisatorische Untergliederung in mehrere Abteilungen bieten sie beispielsweise zugleich Altenwohnungen, Altenheim- und Altenpflegeheimplätze an. 1976/78 gab es in der Bundesrepublik etwa 370 000 Heimplätze, darunter 264 000 Plätze in Altenwohnheimen und in Altenheimen (71 v. H.) und 106 000 Plätze in Altenpflegeheimen (29 v. H.). Diese Zahlen sind Näherungswerte und aus den seinerzeit uneinheitlichen Landes-Heimstatistiken zusammengestellt. Bezogen auf den Januar 1979 wird berichtet von

74 047	Altenwohnheimplätze	für 0,8 v. H. der 65jährigen u. Älteren
212 186	Altenheimplätze	für 2,3 v. H. der 65jährigen u. Älteren
109 953	Altenpflegeheimplätze	für 1,2 v. H. der 65jährigen u. Älteren.

D. h.: Insgesamt 396 186 Heimplätze für alte Menschen entsprechen einem Versorgungsgrad von 4,3 v. H. der 65jährigen und älteren und einem Anteil der Pflegeplätze von 28 v. H. (Presse- und Informationsamt, 1979).

Nach der vom Bundesministerium für Familie und Senioren für das Gesamtgebiet der Bundesrepublik Deutschland vorgelegten Heimstatistik vom 30. Juni 1992 existieren im Bereich der Altenhilfe derzeit 8 181 Alteneinrichtungen, darunter etwa

83 400	Altenwohnheimplätze	für 0,9 v. H. der 65jährigen u. Älteren
231 900	Altenheimplätze	für 2,4 v. H. der 65jährigen u. Älteren
344 700	Altenpflegeheimplätze	für 3,5 v. H. der 65jährigen u. Älteren.

D. h.: Insgesamt 660 048 Heimplätze für ältere Menschen entsprechen einem Versorgungsgrad von jetzt 6,8 v. H. der 65jährigen und älteren und einem Anteil der Pflegeplätze von nunmehr 52,2 v. H. gegenüber 28 v. H. von 1979. Davon entfallen 6 957 Heime (mit 551 353 Plätzen) auf die alten und 1 224 Einrichtungen (108 695 Plätze) auf die neuen Bundesländer. Es muß allerdings davon ausgegangen werden, daß diese formalen Zuordnungen nicht durchgängig der tatsächlichen Platznutzung entsprechen. Ein zunehmender Anteil der ausgewiesenen Altenheimplätze wird tatsächlich als Pflegeplatz genutzt. Für die Altenwohnheimplätze dürfte dies zu geringeren Anteilen auch zutreffen, insbesondere dann, wenn es sich um kleine heimverbundene Wohneinheiten handelt. Die meisten Einrichtungen finden sich in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Allerdings handelt es sich bei den niedersächsischen Einrichtungen eher um vergleichsweise kleine Heime: Sie weisen durchschnittlich nur 58 Plätze auf und bilden damit im bundesdeutschen Vergleich zusammen mit Schleswig-Holstein (55 Plätze) das Schlußlicht bezüglich der Heimgröße. Etwa doppelt so groß sind dagegen die Altenhilfeeinrichtungen in Hamburg und Sachsen. Hier haben die Heime im Durchschnitt 112 bzw. 111 Plätze. Interessant ist auch die durchschnittliche Größe der Pflegeheime: Sie schwankt zwischen 38 (Niedersachsen) und 392 Plätzen (Hamburg). Wird die Gesamtzahl der bundesdeutschen Heime im Altenhilfebereich nach Einrichtungstypen aufgeschlüsselt, so zeigt sich, daß die Altenpflegeheime und mehrgliedrige Einrichtungen mit Pflegeplätzen gegenüber den Altenwohn- und Altenheimen dominieren. Nach Bundesländern aufgeteilt, ergeben sich in der Statistik unterschiedliche regionale Schwerpunkte. Bei den mehrgliedrigen Einrichtungen führen Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen mit 919 bzw. 590 Heimen. Die meisten Altenwohnheime befinden sich beispielsweise in Berlin und Hessen. Ganz im Gegensatz dazu stehen die Länder Bremen und Saarland: Hier besteht mit nur einem bis vier Altenwohnheimen noch Aufholbedarf gegenüber den anderen Bundesländern. Bayern bietet die größte Zahl an Altenheimen und Altenheimplätzen. Die meisten Pflegeheime gibt es in Baden-Württemberg und Niedersachsen. In Schleswig-Holstein gehören beinahe die Hälfte der 571 Heime im Altenhilfebereich zu den mehrgliedrigen Heimen. Etwa ein Drittel sind Altenpflegeheime, rund ein Siebtel der gesamten Einrichtung entfällt auf die Altenheime, der Rest (etwa 5 v. H.) sind Altenwohnheime. Noch krasser stellt sich die Situation beispielsweise in Thüringen dar: Über 60 v. H. der Altenhilfeeinrichtungen gehören in die Kategorie „Pflegeheim“. Weitere 27 (5 v. H.) mehrgliedrige Einrichtungen kommen noch dazu sowie etwa 10 v. H. Altenheime. Die Altenwohnheime fallen in Thüringen prozentual in der Struktur des Bundeslandes kaum ins Gewicht. Sie machen nur etwa 1 v. H. der gesamten Heime im Altenhilfebereich aus. Ähnlich differenziert lassen sich die Trägerschaften der Heime betrachten. Etwa die Hälfte der Altenhilfeeinrichtungen werden von frei-gemeinnützigen Trägern betrieben, knapp ein Drittel sind privatgewerblich, und etwa 19 v. H. gehören der öffentlichen Hand an (Altenheim, 1993) (vgl. Tab. 75):

Struktur und Träger der Altenhilfeeinrichtungen

— Struktur der Altenhilfeeinrichtungen —

Bundesland	Prozentanteile			
	AWH	AH	APH	ME
Baden-Württemberg	3,2	32,6	49,7	14,5
Bayern	2,9	82,5	10,6	4,0
Berlin	47,9	9,5	—	42,6
Brandenburg	—	16,1	37,0	46,9
Bremen	1,5	14,9	35,8	47,8
Hamburg	5,5	13,5	7,4	73,6
Hessen	34,7	12,1	18,9	34,3
Mecklenburg-Vorpommern	—	5,5	55,7	38,8
Niedersachsen	0,8	11,6	30,6	57,0
Nordrhein-Westfalen	2,2	22,8	16,1	58,9
Rheinland-Pfalz	4,6	13,9	37,2	44,3
Saarland	4,1	68,0	18,6	9,3
Sachsen	—	19,2	43,9	36,9
Sachsen-Anhalt	—	6,3	30,9	62,8
Schleswig-Holstein	5,4	14,7	31,4	48,5
Thüringen	1,0	10,1	61,4	27,5

Quelle: Altenheim, 1993.

— Träger der Altenhilfeeinrichtungen —

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen			
	insgesamt	öffentliche Träger	privatgewerbliche Träger	frei-gemeinnützige Träger
Baden-Württemberg	883	140	277	466
Bayern	984	222	191	571
Berlin	474	219	106	149
Brandenburg	224	96	5	123
Bremen	67	2	27	38
Hamburg	163	13	65	85
Hessen	801	147	211	443
Mecklenburg-Vorpommern	183	132	—	51
Niedersachsen	1 035	75	599	361
Nordrhein-Westfalen	1 559	99	311	1 149
Rheinland-Pfalz	323	21	111	191
Saarland	97	4	31	62
Sachsen	371	—	—	—
Sachsen-Anhalt	239	137	14	88
Schleswig-Holstein	571	73	372	126
Thüringen	201	85	12	110

Quelle: Altenheim, 1993.

Trotz unzureichender Datenlage läßt sich nachweisen, daß in der stationären Langzeitversorgung in den letzten Jahren ein Strukturwandel stattgefunden hat, der insbesondere durch eine Veränderung der Heimpopulation in Richtung eines immer größer werdenden Anteils der sehr alten und schwerkranken Menschen gekennzeichnet ist. Das mittlere Eintrittsalter in ein Heim liegt bei mehr als 80 Jahren (vgl. Bickel/Jäger, 1986), das Durchschnittsalter bei etwa 85 Jahren (vgl. Bäcker et al., 1989). Stellten beispielsweise in Nordrhein-Westfalen 1984 die 80jährigen und älteren 58 v. H. der Bewohner von Alten- und Altenpflegeheimen, so waren es 1986 bereits 61 v. H. (Arbeitsgemeinschaft, 1987). Der Frauenanteil beträgt dabei allein 80 v. H. (Altenpflege, 1990), wobei insbesondere geschiedene, ledige und verwitwete Frauen im Alten- und Altenpflegeheim überrepräsentiert sind (Bäcker et al., 1989).

Trotz eines geringen systematischen Wissens um den Gesundheitszustand von Heimbewohnern kann festgestellt werden, daß es sich aufgrund der starken Verschiebung der Altersstruktur in aller Regel um chronisch Langzeitkranke handelt, deren Zustand der Pflegebedürftigkeit nicht selten durch akute Krankheitszustände ergänzt und überlagert wird. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß die Pflegebedürftigen in ihrem Gesundheitszustand in Heimen generell stärker beeinträchtigt sind als die zu Hause Versorgten:

- Wurden in Nordrhein-Westfalen 1984 39 v. H. der Heimbewohner als schwerpflegebedürftig eingestuft, erhöhte sich dieser Prozentsatz bis 1988 auf etwa 48 v. H.. Für 1986 liegen Angaben zur Pflegebedürftigkeit differenziert nach Altersgruppen vor. Danach steigt — wie erwartet — der Anteil der Schwerpflegebedürftigen mit zunehmendem Alter: Sind ca. 43 v. H. der 80- bis unter 85jährigen Heimbewohner der Pflegestufe 3 zugeordnet, so sind dies etwa 50 v. H. der Gruppe der 85- bis unter 90jährigen (NRW Belegsstruktur, 1988).
- Inzwischen haben auch mehrere Arbeiten auf die hohe Gesamtzahl psychischer Erkrankungen/Störungen im Pflegeheimbereich aufmerksam gemacht: Cooper/Sosna fanden in Mannheim 75 v. H. (Cooper/Sosna, 1983), eine Berechnung der BMJFFG für eine Modellregion in Nordrhein-Westfalen 62 v. H. (BMJFFG, 1985), Lehmkuhl et al. berechneten für Berlin 69 v. H. (Lehmkuhl et al., 1985) und Meyer-König/Riederer zeigten für die Hamburger Heime sogar 84 v. H. auf (Meyer-König/Riederer, 1983). Aufgrund dieser Erhebungen rechnet man bei vorsichtiger Schätzung mit einem Gesamtanteil von 60 v. H. psychisch gestörter älteren Menschen in Heimen (vgl. Radebold/Oesterreich 1989), demnach doppelt so hoch wie in der Altersbevölkerung insgesamt (30 v. H.), so daß bereits von einer „Psychiatisierung“ der Alten- und Pflegeheime gesprochen wird (Naegele, 1991).
- Das spätere Eintrittsalter und der ungünstige Gesundheitszustand vieler Heimbewohner schlagen sich auch in der Verweildauer nieder: Sie beträgt in Pflegeheimen 1,7 Jahre (Rückert, 1987; Bickel/Jäger, 1986), für Altenheime — etwa in

Baden-Württemberg — durchschnittlich 5,7 Jahre (Altenpflege, 1990) und für Altenwohnheime etwa 15 Jahre (vgl. Bickel/Jäger, 1986). Sicherlich ist die Verweildauer generell rückläufig. Die Entwicklung weist darauf hin, daß — wenn der bisherige Trend anhält — Altenpflegeheime in Zukunft verstärkt zu „Sterbeeinrichtungen“ werden, in denen immer häufiger lediglich die letzten Lebensmonate oder -tage deshalb verbracht werden, weil alternative Versorgungsmöglichkeiten nicht mehr greifen (vgl. Olbermann/Reichert, 1993). Regional begrenzte Untersuchungen belegen, daß der Anteil der Gestorbenen unter den Bewohnern der Alten- und Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen und in Hamburg zwischen 23 und 28 v. H. je Jahr liegt. Unter den Neuzugängen in den Alten- und Pflegeheimen in Baden-Württemberg betragen die Sterberaten in einem Jahr 39 bzw. 36 v. H. (1986/87), so daß durchschnittlich etwa ein Drittel der Heimbewohner in einem Jahr stirbt (vgl. Dieck, 1993).

Insgesamt stellt diese Entwicklung hin zu einem immer größeren Anteil sehr alter und schwerstpflegebedürftiger Heimbewohner die Mehrzahl der Heime sowie das Personal vor eine Herausforderung, der bislang nur ungenügend begegnet wird. In diesem Zusammenhang ist vor allem die defizitäre Personalsituation zu nennen, die sowohl die Quantität (Personalschlüssel) als auch die Qualität (Mitarbeiterqualifikation) betrifft. Es fehlt an qualifizierten Pflegekräften, die den differentiellen Bedürfnissen der Heimbewohner nach Pflege, Rehabilitation und psychosozialer Betreuung begegnen könnten. Das Personal ist durch den derzeitigen Wandel in den Heimen starken Belastungen ausgesetzt (vgl. Olbermann/Reichert, 1993; Kühnert/Naegele, 1992).

Heime, die räumlich konzentriert, gesundheitlich stark beeinträchtigte bis schwer kranke und sterbende Menschen beherbergen und versorgen, müssen diesen darüber hinaus eine angemessene ärztliche Behandlung zusichern können. Vor allem die wachsende Zahl von Heimbewohnern mit psychischen Erkrankungen erfährt in Alten- und Altenpflegeheimen viel zu sehr eine für sie ungeeignete Betreuung und Therapie. Heime benötigen daher einen im Heim präsenten und verfügbaren Arzt zur Absicherung ihrer Lebensqualität. Dabei wird die freie Arztwahl des Heimbewohners nicht eingeengt. Dieser heimärztliche Dienst hat sich z. B. im Landesbetrieb „Pflegen und Wohnen“ der Freien und Hansestadt Hamburg seit Jahren, aber beispielsweise auch in den Berliner Krankenheimen und in Bremen bewährt, so daß in der Praxis bereits in verschiedenartigen Formen Ärzte in den Heimbetrieb eingebunden wurden (vgl. DZA/KDA, 1991). Die von den dortigen Ärzten geleistete Versorgung umfaßt all das, was niedergelassene Allgemeinärzte und praktische Ärzte für ihre außerhalb von Institutionen lebenden Patienten an hausärztlicher Versorgung leisten. Aufgrund ihrer ständigen Präsenz und eines eigenen Bereitschaftsdienstes können auch akut schwerer erkrankte alte Menschen betreut und Krankenhauseinweisungen vermieden werden (80 v. H. der neuen Bewohner werden aus Akutkrankenhäusern übernommen). Bislang erscheint die kontinuierliche und hinreichend

verfügbare ärztliche Versorgung schwerstpflegebedürftiger Heimbewohner allerdings noch nicht hinreichend gesichert (vgl. Bruder, 1993; DZA/KDA, 1991).

Schließlich zeigen sich noch in vielen Alten- und Altenpflegeheimen erhebliche bauliche Mängel, die zusätzlich eine optimale Betreuung und Pflege von Schwerpflegebedürftigen als auch die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit von noch relativ gesunden Heimbewohnern, aber auch ein menschenwürdiges Sterben verhindern. Institutionen mit einer eigenen Rehabilitationsabteilung sind kaum vorhanden. Teilweise wird noch nicht einmal dem Mindeststandard entsprochen, so daß viele Heime bislang nicht als ein Lebensort mit Lebensqualität für Hochbetagte bezeichnet werden können. Neuere Erkenntnisse der Geriatrie und der verschiedenen Disziplinen der Gerontologie können folglich im Heimalltag oftmals nicht oder nur unter Schwierigkeiten umgesetzt werden (Olbermann/Reichert, 1993).

7.4.4 Ambulante ärztliche Versorgung

Im ambulanten Bereich kommt vor allen Dingen den niedergelassenen Ärzten bei der gesundheitlichen Versorgung eines Großteils älterer Menschen eine besondere Rolle zu. Neben der eigentlichen ambulanten Behandlung treffen die niedergelassenen Ärzte überwiegend die Entscheidung über eine Einweisung in den stationären Sektor und übernehmen größtenteils ambulante Weiterbehandlungen nach der Entlassung des Patienten aus dem klinischen bzw. stationären Bereich. Aufgrund der oft langjährigen Kontakte zwischen Arzt und Patient kann die häufig ausgeprägte Vertrauensbeziehung als gute Voraussetzung für eine Langzeitbehandlung, wie sie überwiegend bei der Gruppe der älteren Menschen angezeigt ist, betrachtet werden.

Über 90 v. H. aller älteren Menschen haben einen Hausarzt, den sie regelmäßig in Anspruch nehmen. Etwa der Hälfte dieser Patienten ist die Hausarztpraxis länger als 10 Jahre bekannt. Ähnlich verhält es sich in den neuen Bundesländern: Rund 85 v. H. der 1992 im Rahmen einer Studie befragten älteren Menschen hatten eine bestimmte Ärztin bzw. Arzt, die sie seit mehr als zwei Jahren betreuten. 74 v. H. gingen regelmäßig zu diesen Medizinern (vgl. Schwitzer/Winkler, 1993). Nach einer Erhebung der EVAS-Studie (Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor der niedergelassenen Ärzte) zeigte sich, daß auf den Allgemeinarzt 56,8 v. H. der Praxiskontakte 65jähriger und älterer Patienten entfallen und 44 v. H. der Arbeitszeit eines Allgemeinarztes die ärztliche Versorgung alter Menschen bei Hausbesuchen und Sprechstundenkontakten betrifft. Im Vorfeld der Klinik standen ferner niedergelassene Gebietsärzte wie Internisten mit 20,1 v. H. aller Praxiskontakte mit älteren Patienten sowie Augenärzte (2,8 v. H.) usw. zur Verfügung, die für den Patienten sowohl im häuslichen Bereich, aber auch im Alten- und Pflegeheimbereich, über die freie Arztwahl zu erreichen waren. Insgesamt betrug der Anteil der von Allgemeinärzten und Internisten betreuten über

65jährigen Patienten etwa ein Drittel ihrer gesamten Patienten (vgl. Fischer, 1989).

Eine Erhebung in über hundert deutschen Allgemeinpraxen mit 115 Ärzten und über 127 000 Patienten bestätigt die dominierende Stellung der Behandlung insbesondere der älteren Menschen durch Ärzte in der Allgemeinpraxis (DEGAM-Studie, vgl. Hamm, 1991). Demnach waren rund 32,2 v. H. der in der DEGAM-Studie erfaßten Patienten aller Allgemeinpraxen über 60 Jahre alt. Bei der Geschlechtsverteilung zeigen sich Unterschiede derart, daß mit zunehmendem Alter der Anteil der Frauen deutlich überwiegt. Sie sind im fortgeschrittenen Alter zwei- bis vierfach häufiger vertreten als Männer.

Bei der Behandlung über 60jähriger Patienten in bundesdeutschen Allgemeinpraxen überwiegen eine Reihe häufiger organischer Erkrankungen: Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Stütz- und Bewegungsapparates sowie Stoffwechselerkrankungen. Erkrankungen der Atemwege und der ableitenden Harnwege werden zu etwa einem Drittel, Magen-Darm Erkrankungen zu rund einem Fünftel angegeben. Von deutlich über der Hälfte aller Befragten werden jedoch auch psychisch bedingte Erkrankungen wie Depressivität und Depression als bedeutungsvoll angegeben; von einem guten Drittel auch familiäre, von einem knappen Drittel pflegerische und von knapp einem Fünftel vorwiegend sozial bedingte Probleme. Unfälle spielen nur eine geringe Rolle. Insgesamt gesehen ist der weitaus überwiegende Teil der geriatrischen Klientel der niedergelassenen Ärzte durch eine Kombination an Problematiken gekennzeichnet: organische Erkrankungen mit deutlicher Beeinflussung durch psychische, familiäre, pflegerische und soziale Probleme (vgl. Hamm, 1991), verbunden mit zeitaufwendigem Gesprächs- und Organisationsbedarf. Ältere Patienten nehmen darüber hinaus immer häufiger Hausbesuche ihres Arztes in Anspruch. Bei Patienten zwischen 65 und 79 Jahren entfallen etwa zwei Drittel aller Hausbesuche auf Routinebesuche; bei über 80jährigen Patienten sind es dagegen nur noch 30 v. H.. Alle anderen Besuche haben einen akuten medizinischen Anlaß, wobei der medizinische Notfall trotz Multimorbidität insgesamt relativ selten vorkommt. Häufige Beschwerden, die zu einem Arztbesuch führen, sind: Schwindel (59 v. H.), Bein- und Knieschmerzen (45 v. H.), Atembeschwerden (42 v. H.), Fragen zur Medikation (39 v. H.), Rücken-, Seh- oder Herzbeschwerden (je 32 v. H.). Im Durchschnitt hat der Arzt bei jedem Kontakt zu einem älteren Patienten drei Diagnosen zu bearbeiten und zu besprechen (Geriatrie Praxis, 1994). Deutliche Unterschiede zeigen sich dabei in der Frequenz der Hausbesuche. Pflegebedürftige Personen werden relativ regelmäßig zu Hause von Hausärzten besucht: Jeder vierte Pflegebedürftige erhält mindestens wöchentlich und weitere 43 v. H. mindestens einmal monatlich einen ärztlichen Hausbesuch. Das läßt darauf schließen, daß der Hausarzt neben der kurativen Krankheitsbehandlung auch Aufgaben im Rahmen kontinuierlicher Hausbetreuung von langwierigen Pflegefällen übernimmt. Bei den Personen mit hauswirtschaftlichem Hilfebedarf kommen Hausbesuche im Vergleich dazu wesentlich seltener vor. Nur 8 v. H. dieser Personen erhalten Hausbesuche minde-

stens wöchentlich, ungefähr zwei Drittel seltener als einmal monatlich.

Erwartungsgemäß finden sich Unterschiede in der ärztlichen Versorgung zwischen alten und neuen Bundesländern, die zum Teil darauf zurückzuführen sind, daß sich das ambulante Versorgungsnetz in den neuen Bundesländern noch im Aufbau befindet. Zum anderen reflektieren diese Unterschiede möglicherweise aber auch unterschiedliche Betreuungstraditionen in beiden Regionen. Während das Vorhandensein eines Hausarztes in den neuen Bundesländern nur geringfügig seltener ist als in den alten Bundesländern, ist die Hausbesuchsfrequenz deutlich niedriger. 27 v. H. der pflegebedürftigen Personen in den alten Bundesländern erhalten mindestens wöchentlich Hausbesuche, jedoch nur 15 v. H. der Pflegebedürftigen in den neuen Bundesländern. Berücksichtigt man jedoch, daß in den neuen Bundesländern die häusliche Versorgung der Hilfe- oder Pflegebedürftigen durch Gemeindeschwestern ausgeprägter ist als in den alten Bundesländern, dann können diese Unterschiede im Sinne einer andersartigen Versorgungstradition aus DDR-Zeiten gedeutet werden, die in einer größeren Bedeutung nichtärztlicher Berufsgruppen und Institutionen bei der hauspflegerischen Versorgung liegt. Ein weiterer Unterschied zwischen neuen und alten Bundesländern besteht hinsichtlich der Versorgungsstruktur durch Fachärzte. In den alten Bundesländern sind Fachärzte in stärkerem Umfang in die Behandlung hilfe- oder pflegebedürftiger Personen eingebunden als in den neuen Bundesländern, was vermutlich auf die zur Zeit noch höhere Facharzt-dichte in den alten Bundesländern zurückzuführen ist (vgl. Infratest, 1993; Schwitzer/Winkler, 1993).

Nach wie vor ist der niedergelassene Arzt in der ambulanten Versorgung älterer Menschen „die“ Anlaufstelle. Denn gerade beim älteren Patienten besteht das zentrale Anliegen darin, ihn in seiner Gesamtheit zu erfassen und dabei seine persönliche Biographie sowie sein soziales Umfeld und ökonomische Faktoren mit zu berücksichtigen. Dies gilt vor allem bei der Einweisung in bzw. nach der Entlassung aus einer Einrichtung. Insbesondere in dieser Situation darf der niedergelassene Arzt hinsichtlich der weiteren ambulanten Behandlung kaum darauf verzichten, ein geeignetes „Geriatrisches Assessment“ zu erstellen, um der Situation des Patienten gerecht zu werden und um vor allem nach einer stationären Behandlung die Ergebnisqualität langfristig sichern zu können (vgl. Görres, 1992 c). Ältere Menschen können allerdings nur dann angemessen versorgt werden, wenn Ärzte in der Praxis mit den regionalen ambulanz-pflegerischen und ambulanz-therapeutischen Diensten (mit Sozialstationen, niedergelassenen Therapeuten, anderen ambulanten teilstationären und stationären Einrichtungen) zusammenarbeiten. Hier bestehen erhebliche Defizite.

Es bestehen derzeit auch noch erhebliche Defizite bezogen auf geriatrische Kenntnisse und Fortbildungsmöglichkeiten niedergelassener Ärzte, obwohl gerade diesen eine wesentliche Verantwortung in der Versorgung älterer Menschen zukommt und sich hier am häufigsten Berührungspunkte zu geriatrischen Patienten ergeben. Insbesondere besteht ein erhebli-

cher Informationsbedarf bezogen auf Präventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten für ältere Menschen und deren Chancen. Vor allem der Stellenwert des niedergelassenen Arztes in der ambulanten Rehabilitation ist bislang zu wenig beachtet worden. Eine empirische Modell-Studie aus der hausärztlichen Praxis zeigt, daß die in einer Rehabilitationsklinik erzielten Erfolge mit Hilfe des niedergelassenen Arztes in der ambulanten Rehabilitation bei Einsatz entsprechender Therapeuten gehalten und weiter ausgebaut werden konnten. Dabei ließen sich sowohl eine Weiterentwicklung in einzelnen Fähigkeiten und Fertigkeiten als auch deren Umsetzung im Alltag beobachten. Die Befunde machen deutlich, daß der Rehabilitation in der allgemeinärztlichen Tätigkeit größere Aufmerksamkeit geschenkt werden muß, denn die Unabhängigkeit und Selbstverantwortung vieler älterer Menschen können dadurch gefördert werden. Fortschritte in der Leistungsfähigkeit waren in dieser Studie auch noch nach einem Jahr erkennbar (vgl. Kruse/Kruse, 1990). Dem niedergelassenen Arzt kommt damit auch eine wesentliche Rolle in der Qualitätssicherung zu (vgl. Görres, 1992 c). Entsprechende Ergebnisse lassen sich nur durch angemessenen (und d. h. hier umfangreichen) Einsatz von Krankengymnastik, Ergotherapie und physikalischer Therapie erzielen.

7.4.5 Ambulante sozialpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung

Der Hintergrund der ambulanten sozialpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung ist durch folgende strukturelle Voraussetzungen geprägt:

Der größte Teil hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen lebt in privaten Haushalten. Gegenwärtig weisen insgesamt 1,123 Mio. Personen in bundesdeutschen Privathaushalten regelmäßigen Pflegebedarf auf. Rund 190 000 Personen benötigen davon ständig, 468 000 Personen täglich und 465 000 Personen mindestens mehrfach wöchentlich Pflege. Hinzu kommen weitere 2,1 Mio. Personen in privaten Haushalten mit hauswirtschaftlichem Hilfebedarf. Dies entspricht 2,7 v. H. der Gesamtbevölkerung. Liegt der Anteil pflegebedürftiger älterer Menschen in den alten und neuen Bundesländern gleichauf bei etwa 1,4 v. H., so fällt auf, daß gegenüber 2,5 v. H. Personen in den alten 3,4 v. H. in den neuen Bundesländern hauswirtschaftlich hilfebedürftig sind.

Personen mit ständigem Pflegebedarf sind in allen Bereichen der körperbezogenen Verrichtungen weitgehend hilflos: Die Personen sind mehrheitlich immobil, 97 v. H. können alleine nicht das Bett verlassen, 94 v. H. nicht die Toilette benutzen; weitere 74 v. H. benötigen ständige Aufsicht. Personen mit täglichem Pflegebedarf sind vor allem im Bereich der Hygiene betroffen: 67 v. H. können sich allein unmöglich baden und 58 v. H. allein nicht duschen oder waschen. 30 v. H. können sich nicht an- und ausziehen, 32 v. H. benötigen täglich Aufsicht oder Anregungen zur Kommunikation. Im hauswirtschaftlichen Bereich können sich 77 v. H. keine Mahlzeiten zubereiten, 90 v. H. allein unmöglich Lebensmittel einkaufen und

86 v. H. ihre Wohnung nicht säubern. 74 v. H. können allein unmöglich finanzielle Dinge regeln und 49 v. H. nicht allein telefonieren. Bei mehrfach wöchentlichem Pflegebedarf sind es zu 64 v. H. das Baden, zu 40 v. H. das Duschen und Waschen und 49 v. H. das Treppensteigen, das ohne fremde Hilfe nicht möglich ist. 75 v. H. können allein unmöglich die Wohnung säubern, während 49 v. H. nur gewisse Eigenleistungen in der Küche erbringen können. 42 v. H. können nicht mehr allein ihre Finanzen regeln und 20 v. H. nicht mehr telefonieren.

Personen mit hauswirtschaftlichem Hilfebedarf weisen keine nennenswerten Einschränkungen bei körperbezogenen Aktivitäten auf. Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen sind in dieser Gruppe insgesamt geringer ausgeprägt als bei den Pflegebedürftigen. 36 v. H. der Hilfebedürftigen können nicht allein einkaufen, 33 v. H. ihre Wohnung nicht säubern, 18 v. H. ihre finanziellen Angelegenheiten nicht regeln, 17 v. H. nicht alleine baden und weitere 9 v. H. können nicht alleine telefonieren. Trotz dieses Niveauunterschiedes in bezug auf die vorhandenen Aktivitätseinschränkungen sollte der unterschiedliche Unterstützungsbedarf bei Personen mit hauswirtschaftlichem Bedarf aber nicht unterschätzt werden.

Pflegebedürftige leben zu 46 v. H. in Drei- und Mehr-Personen-Haushalten, zu 34 v. H. in Zwei-Personen- und immerhin noch zu 20 v. H. in Ein-Personen-Haushalten. Diese alleinlebenden Pflegebedürftigen setzen sich hauptsächlich aus Personen mit mehrfach wöchentlichem Pflegebedarf zusammen. Hilfebedürftige leben hingegen zu 23 v. H. in Drei- und Mehr-Personen-Haushalten, 35 v. H. leben in Zwei-Personen- und 42 v. H. in Ein-Personen-Haushalten. 77 v. H. aller Personen mit Pflegebedarf sowie 75 v. H. der Personen mit Hilfebedarf verfügen über eine Hauptpflegeperson, wobei die Anteile in den neuen Bundesländern etwas höher ausgeprägt sind als in den alten Bundesländern. Weitere 14 v. H. der Pflegebedürftigen bzw. 21 v. H. der Hilfebedürftigen bekommen in etwa gleichrangig von mehreren Personen aus Familien, Nachbarschaft oder Bekanntschaft Unterstützung. 9 v. H. der Pflegebedürftigen und 23 v. H. der Hilfebedürftigen erhalten hingegen keine Hilfe aus Familie, Nachbarschaft oder Bekanntschaft. Hier handelt es sich vor allem um Hilfe- oder Pflegebedürftige, die in Ein-Personen-Haushalten leben.

Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen stehen zu 79 v. H. und die wichtigsten Helfer von Hilfebedürftigen zu 53 v. H. praktisch rund um die Uhr zur Verfügung. 91 v. H. der Hauptpflegepersonen von Pflege- bzw. 51 v. H. der wichtigsten Helfer von Hilfebedürftigen fühlen sich dementsprechend eher stark oder sogar sehr stark belastet (alle Daten: Infratest, 1993). Gegenwärtig kann daher davon ausgegangen werden, daß sich unter der familialen Pflege eine eher labile und prekäre Leistungsstruktur verbirgt, die nicht selten von Überlastung der pflegenden Personen sowie des gesamten familialen Systems gekennzeichnet ist. Die Hauptlast der Pflege trägt — der traditionellen familialen Rollenverteilung entsprechend — immer noch die Frau: Ehepartnerinnen, Töchter bzw. Schwiegertöchter. Immerhin 83 v. H. der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen bzw.

70 v. H. der wichtigsten Helfer von Pflegebedürftigen sind weiblich und 80 v. H. bzw. 60 v. H. leben im selben Haushalt. Inzwischen gilt es als unumstritten, daß die Pflege das familiäre Zusammenleben behindert, gesellschaftliche Kontakte erschwert und die Pflegepersonen häufig in die Isolation führt. Sowohl Freizeit- und Urlaubsaktivitäten wie auch Berufswünsche müssen zurückgestellt werden, insbesondere bei Frauen (vgl. Infratest, 1993; Görres, 1993).

Dazu kommt, daß vor dem Hintergrund der schrumpfenden Haushaltsgrößen, der Zunahme der Ein-Personen-Haushalte und aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen — etwa der Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit — der Personenkreis abnimmt, der bisher die häusliche Pflege älterer Menschen leisten konnte (vgl. Rückert, 1989). Für die zum Laienpotential gehörenden Nachbarschaftshilfen, Selbsthilfegruppen und ehrenamtlichen Dienste gilt es festzustellen, daß dieser Hilfe eher eine untergeordnete Rolle zukommt, so daß diese zahlenmäßig für Pflege und Hilfe im Privathaushalt kaum ins Gewicht fallen.

Vor diesem Hintergrund hat die ambulante Versorgung durch professionelle Dienstleistungseinrichtungen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Zu den zentralen Anbietern organisierter sozialpflegerischer und hauswirtschaftlicher Dienste gehören vor allem die Sozialstationen, die sich als neue Organisationsform in den 70er Jahren entwickelt haben. Zusätzlich konnten sich angesichts der wachsenden Nachfrage in den letzten Jahren auch private Anbieter auf dem Markt behaupten; gegenwärtig bilden sie — prozentual gesehen — sogar den Hauptanteil der angebotenen Dienstleistungen, insbesondere in den Städten. Der Aufbau von Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten hat zu einer deutlichen, nahezu flächendeckenden Versorgung in allen Bundesländern geführt. Auch in den neuen Bundesländern befinden sich gegenwärtig zahlreiche Sozialstationen im Aufbau. Allerdings sind die Leistungen dieser Sozialstationen aus der Anfangs- und Aufbauphase nur noch bedingt vergleichbar mit den derzeitigen Standards. Wurden in den ersten Jahren aufgrund der vielfach beschäftigten ABM-Mitarbeiterinnen nur reduzierte Gebührensätze verlangt, so sind aufgrund des ABM-Stellenabbaus nicht nur die derzeit z. T. qualifizierten Mitarbeiterinnen „weggebrochen“ und damit ein Teil der Leistungen — insbesondere die hauswirtschaftlichen — entfallen, sondern gleichzeitig müssen jetzt auch die vollen Pflegesätze berechnet werden (vgl. Schmidt, 1993). Sozialstationen entstanden als Nachfolgeeinrichtungen der traditionellen Gemeindekrankenpflege und sollen eine neue Organisationsform darstellen, die ein konzentriertes Angebot an sozialpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen bürgernah zur Verfügung stellt, um damit zur Entlastung der Familie, zur Versorgung Alleinstehender und vor allem zur Verhinderung kostspieliger Heim- und Krankenhausaufenthalte beizutragen. Darüber hinaus sind auch teilstationäre Einrichtungen — Tageskliniken, Tagespflegestätten- und Kurzzeitpflegereinrichtungen sowie Beratungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen zu einem wichtigen Bindeglied zwischen professioneller Versorgung und dem selbständigen Leben im häuslichem Bereich geworden. Diese spielen bisher in der Bundesrepublik

jedoch zahlenmäßig eher eine untergeordnete Rolle hinsichtlich ihrer Größenordnung.

Neben dem Umfang und der Qualität des familialen Hilfepotentials ist das Angebot an professionellen ambulanten Diensten entscheidend dafür, ob und wie ein älterer Mensch — trotz Hilfe- und Pflegebedürftigkeit — zu Hause weiterleben kann. Allerdings hat die Inanspruchnahme sozialer Dienste einen anderen Stellenwert als die Hilfe durch pflegende Familienangehörige. Familiale Hilfeleistungen sind unverzichtbar. Nur ein geringerer Teil erhält keine entsprechenden Hilfen. Im Vergleich dazu nimmt mit 33 v. H. nur jeder dritte Pflegebedürftige und mit 16 v. H. nur jeder sechste Hilfebedürftige entsprechende professionelle Hilfen in Anspruch. Differenziert nach Pflegestufen nutzen 43 v. H. der Personen mit ständigem Bedarf, 27 v. H. mit täglichem Bedarf und 36 v. H. mit mehrfach wöchentlichem Bedarf entsprechende Dienstleistungen.

In den neuen Bundesländern werden soziale Dienste und Hilfen von Pflegebedürftigen in größerem Ausmaß in Anspruch genommen. Auffällig ist, daß in den neuen Bundesländern Pflegebedürftige aller Stufen mit 42 bis 43 v. H. in gleichem Umfang professionelle Hilfe nutzen. Es zeigt sich hier wieder einmal, daß Bürger aus den neuen Bundesländern ihre Nachteile in der Wohnsituation durch ein größeres Maß an Hilfe kompensieren müssen. In den alten Bundesländern findet sich hingegen das Muster, daß soziale Dienste entweder von Personen mit ständigem Pflegebedarf, die ohne Entlastung sonst kaum gepflegt werden können, oder aber von Personen mit mehrfach wöchentlichem Bedarf in Anspruch genommen werden.

Insgesamt zeichnet sich ab, daß soziale Dienste offenbar von zwei unterschiedlichen „Typen“ von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden: Zum einen findet sich das „traditionelle Muster“ einer Nutzung durch Haushalte mit (ständig) Pflegebedürftigen, deren Bedarf im familialen Rahmen trotz erheblicher Hilfeleistungen nicht gedeckt werden kann. Die professionelle Hilfe wird offenbar als letzter Ausweg begriffen, möglicherweise auch deshalb, weil sonst eine Heimeinweisung unumgänglich ist. Zum anderen scheinen alleinlebende Pflegebedürftige mit mehrfach wöchentlichem Bedarf entsprechende Hilfen eher als Dienstleistung zu begreifen. Zumindest bei dieser Gruppe hat die Nutzung offenbar auch die Funktion, sich Freiräume zu erhalten.

Insgesamt 48 v. H. der Pflegebedürftigen, die soziale Dienste in Anspruch nehmen, erhalten (fast) täglich oder ein- bis mehrmals wöchentlich Unterstützung bei der körperbezogenen Grundpflege, etwa beim Waschen, Einkleiden und der Körperpflege. Weitere 47 v. H. erhalten im gleichen zeitlichen Umfang Behandlungspflege (Spritzen, Verbände) und 16 v. H. Unterstützung beim Essen. Hauswirtschaftliche Hilfe wird etwas seltener in Anspruch genommen. 21 v. H. nutzen (fast) täglich Essen auf Rädern, 17 v. H. Hilfe bei der Essenszubereitung und 23 v. H. erhalten ein- bis mehrmals wöchentlich oder täglich Hilfe beim Einkaufen oder Putzen. Insgesamt 25 v. H. erhalten Betreuung durch persönliche Gespräche, jedoch geschieht dies zumeist im Zusammenhang mit anderen Hilfetätigkeiten. Hilfebedürftige nehmen in der

Regel ein- bis mehrmals wöchentlich hauswirtschaftliche Dienste in Anspruch. 42 v. H. erhalten ein- bis mehrmals je Woche hauptsächlich Hilfen beim Einkauf oder beim Putzen. Weitere 23 v. H. greifen ebenfalls, in der Regel jedoch mehrfach wöchentlich, auf medizinische Behandlungspflege zurück. Essen auf Rädern erhalten 20 v. H. in der Regel täglich. Andere Bereiche wie etwa Hilfen beim Arztbesuch, bei Behördengängen oder beim Erreichen der Arbeitsstätte, werden faktisch kaum in Anspruch genommen.

Grundsätzlich wird die Kombination eines Bedarfs an hauswirtschaftlichen Hilfen mit einem Bedarf von pflegerischen Versorgungen offenbar. Die heute angebotenen Pflegeleistungen sind allerdings weitestgehend noch auf den somatischen Bereich ausgerichtet, wenig ganzheitlich orientiert und enthalten eng definierte Einzelleistungen mit kurzen Zeitvorgaben als Folge knapper finanzieller Ressourcen. Neben der eigentlichen Pflege und auch unabhängig von der Pflege müssen aber vermehrt hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen für ältere Menschen zugänglich und verfügbar sein. Wie die Bedarferhebungen zeigen, handelt es sich bei dem Risiko eines Bedarfs an hauswirtschaftlicher Versorgung um eine andere Bedarfskonstellation, verursacht durch andere Bedingungsfaktoren als für das Pflegerisiko. Zudem ist das Risiko hauswirtschaftlichen Hilfebedarfs breiter gestreut und trifft somit Personengruppen, die zeitgleich keinen Pflegebedarf aufweisen. Haushaltswirtschaftliche Hilfeleistung ist aber leistungsrechtlich an die gleichzeitig vorhandene Pflegebedürftigkeit geknüpft, so daß Hilfebedürftige, die niederschwellige Dienste benötigen, häufig unberücksichtigt bleiben. Andere europäische Länder tragen diesem Umstand Rechnung, indem sie die hauswirtschaftliche Versorgung zu der primären tragenden Säule des ambulanten Hilfesystems ausgebaut haben: So z. B. Großbritannien (vgl. Johnson, 1989); Frankreich (vgl. Henrard, 1988); die Niederlande (vgl. Kastelein/Dijkstra/Schouten, 1989); Schweden (Zappolo/Sundström, 1989). In der Bundesrepublik Deutschland wurde dagegen (so eine These von Dieck, 1991) niemals ernsthaft eine Politik der Ausformung der Unterstützung alter Menschen und ihrer Helfer in der eigenen Umgebung entwickelt, insbesondere im Hinblick auf organisierte Haushaltshilfen. Vielmehr sticht die Bundesrepublik im Ländervergleich durch die fast völlige Vernachlässigung hauswirtschaftlicher Hilfeleistungen durch das organisierte Dienstsysteem hervor. Dagegen stützen die genannten anderen Länder ihr ambulantes Hilfesystem zuallererst auf der Haushaltshilfe/Hauspflege ab. Hierfür spricht vieles, denn es ist zu vermuten, daß Hauspflege die Institutionalisierung bei relativ leichten Bedarfssituationen aufheben oder hinausschieben kann. Insbesondere angesichts zunehmender Zahlen hochbetagter Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung verbleiben wollen und sollen, ergibt sich in der Bundesrepublik die Notwendigkeit, ein eigenständiges hauswirtschaftliches Hilfeangebot auszubauen und dessen Finanzierung sicherzustellen. Die Sozialstationen leisten das zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht (vgl. zusammenfassend Dieck, 1993), könnten aber leicht durch Hauswirtschaftskräfte erweitert werden.

Ausgebaut werden müssen auch die ambulanten Angebotsformen für die Versorgung psychisch kranker oder gestörter älterer Menschen. Trotz der veränderten Bevölkerungsstruktur und des damit einhergehenden Anstiegs der Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen im höheren Lebensalter sind zumindest spezielle Behandlungsangebote nicht in quantitativer und qualitativ ausreichendem Maße vorhanden. Defizite in der Ausbildung der in der Gerontopsychiatrie tätigen Personen sowie eine negative therapeutische Erfolgserwartung bewirken eine Stabilisierung der ungünstigen Situationen (vgl. Kinzler/Schweizer, 1988). Übereinstimmend kommt auch Rückert zu der Ansicht, daß der zunehmenden Zahl psychiatrisch erkrankter und psychisch gestörter älterer Menschen kein entsprechend ausgebauter institutioneller Hilfeangebot gegenübersteht (Rückert 1989). Vor allem kann sich der Mangel an entsprechenden Hilfen zu einer (erneuten) Verschärfung des Zustandes auswirken mit der (erneut) gegebenen Notwendigkeit einer stationären Behandlung, die möglicherweise durch entsprechende ambulante Dienste hätte verhindert werden können. Über die Basisversorgung/-Pflege hinaus bedarf es dazu der psychosozialen Stabilisierung des Betroffenen und seiner Umwelt. Dies betrifft die jetzige Versorgung des psychisch Kranken ebenso wie die Vermeidung von Spätschäden bei Partnern und insbesondere bei helfenden Töchtern und Schwiegertöchtern. In diesem Zusammenhang wurde mehrfach auf das Konzept des Gerontopsychiatrischen Zentrums hingewiesen (vgl. Bruder, 1993; Hirsch, 1993). Hiervon existieren derzeit in der Bundesrepublik Deutschland erst zwei, obwohl seinerzeit eines je 250 000 Einwohner empfohlen wurde. Diese Zentren umfassen Angebote der Tagesbetreuung (Tagesklinik, Tagespflegeheim) in Kombination mit ambulanten Diensten (z. B. Sozialstationen, Pflegediensten, hauswirtschaftlichen Diensten) und Beratungsdiensten (soziale Beratung, ärztliche Konsultationsfähigkeit). Bezogen auf psychisch gestörte und kranke ältere Menschen — hier vor allem von seniler Demenz Betroffene — ist davon auszugehen, daß die große Mehrheit außerhalb von Institutionen lebt und etwa 45 bis 50 v. H. von dem Ehepartner, weitere 20 v. H. von den Kindern bzw. Kindeskindern betreut werden (vgl. Bruder, 1988). Besonders ältere Menschen mit gestörter Orientierung sind in besonderer Weise auf die ihnen vertraute Umgebung und das ihnen bekannte soziale Umfeld angewiesen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt läßt sich jedoch insgesamt feststellen, daß besondere Angebote für psychisch kranke ältere Menschen im ambulanten Bereich — etwa seitens der Sozialstation — nur vereinzelt existieren und praktisch ausschließlich in Form von Modellprojekten bzw. im Zuge der Privatisierung ambulanter Dienste angeboten werden. Dies erstaunt um so mehr, als schon Seitz aufgrund einer Untersuchung in Berlin darauf hinweist, daß etwa 40 v. H. des Sozialstationenklientels psychische Störungen aufweist (Seitz, 1988). Bisherige Modellversuche — so etwa in Nordrhein-Westfalen — belegen eindrucksvoll, daß Sozialstationen in besonderem Maße geeignet sind, neben der somatischen auch psychiatrische häusliche Krankenpflege zu leisten. Bei einem erheblichen Teil der von den Sozialstationen erreichten Klientel wurden durch die ambulante psychiatrische Pflege Klinik-

oder Heimaufenthalte vermieden bzw. verkürzt, so daß die häusliche psychiatrische Krankenpflege auch zu einer Kosteneinsparung im Gesundheitswesen beitragen kann (vgl. Kretschmann, 1988; BMJFFG, 1988). Obwohl Sozialstationen und auch privaten Anbietern damit im Grunde ein hohes präventives, rehabilitatives und gesundheitsförderndes Potential zugeschrieben wird (vgl. Görres/Luckey, 1991), kommen verschiedene Autoren zu dem Ergebnis, daß die Sozialstationen im Rahmen der gegenwärtig gegebenen Arbeits- und Rahmenbedingungen in aller Regel nicht dazu in der Lage sein dürften, den Problemen psychisch gestörter und erkrankter älterer Menschen ohne die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller und personeller Ressourcen gerecht zu werden (Dankowski et al., 1988). Schließlich existieren noch eine Reihe anderer Dienste zur Versorgung psychisch gestörter/erkrankter älterer Menschen im häuslichen Bereich, die in aller Regel aber ebenfalls nur unzureichend angeboten werden: sozialpsychiatrischer Dienst, psychiatrischer Notdienst, Institutsambulanz, gerontopsychiatrische Tageskliniken, Kontakt- und Beratungsstellen sowie Selbsthilfeszusammenschlüsse (vgl. Görres, 1990). Insgesamt entsteht der Eindruck, daß eine koordinierte, kooperierende und systematische ambulante Versorgung von im Privathaushalt lebenden pflege- und hilfebedürftigen älteren Menschen zum heutigen Zeitpunkt nur fragmentarisch vorhanden ist.

7.4.6 Fazit und Zukunftsperspektiven der Versorgung

Angesichts einer demographischen Entwicklung, die von einem steigenden Anteil älterer Menschen gekennzeichnet ist und einen erhöhten Versorgungsbedarf im Gesundheitsbereich erwarten läßt, kommt eine Gesamteinschätzung bezüglich der Effizienz des bestehenden formalen Hilfesystems eher zu der Einschätzung, daß das gegenwärtige Versorgungssystem den veränderten Anforderungen nur noch unzureichend gerecht wird (vgl. etwa Naegele, 1992 b). Die in Literatur und Praxis angeführten Befunde verweisen allesamt auf systembedingte Benachteiligungen hochbetagter und häufig chronisch kranker, hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen im gegenwärtigen gesundheitlichen Versorgungssystem. Obwohl sich die Ausgaben für das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland kontinuierlich erhöht haben, kann von einer rein monetären Expansion nicht auch zwangsläufig auf eine Optimierung des Nutzens für alle Patienten geschlossen werden. Denn aus der „versorgten Morbidität“ läßt sich nicht unmittelbar auch die Qualität des Gesundheitszustandes der Bevölkerung ableiten. Schließlich kommt schon die DKI/Wido-Studie zu der Ansicht, daß die Versorgungslücke aus einer Bedarfsverlagerung aufgrund des Zuwachses alter Patienten resultiert, der sich das Angebot nicht adäquat angepaßt habe (vgl. DKI/Wido-Studie, 1986). Demzufolge muß gegenwärtig neben den fehlenden Präventivmaßnahmen von einem Defizit differenzierter, pflegerischer und geriatrisch-rehabitativer wie therapeutisch-aktivierender Versorgungsstrukturen ausgegangen werden. Die

Folgen sind ein planloses Neben- und Gegeneinander der Einrichtungen, die nicht gewährleisteteste Nahtlosigkeit der Versorgung in den verschiedenen Phasen der Hilfe- u. Pflegebedürftigkeit, eine häufige Fehlplatzierung der Betroffenen sowie regionale und sektorale Ungleichgewichte in der Versorgung. Hochaltrigkeit und das damit verbundene veränderte Morbiditätsspektrum erfordern eine Umorientierung der Medizin und des Pflegeverständnisses in Richtung Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung im Rahmen eines integrierten, abgestuften und vernetzten Versorgungssystems.

Eine der veränderten Bedarfslage in der gesundheitlichen Versorgung entsprechende Bedarfsdefinition, insbesondere bezogen auf die zukünftige gesundheitliche Versorgung älterer Menschen, existiert angesichts der Komplexität versorgungsstruktureller Faktoren bisher nicht. So kommt die DKI/Wido-Studie (1986) zu der Einschätzung, daß die Bestimmung eines bedarfsadäquaten Versorgungsangebotes nur auf der Basis einer Abschätzung des quantitativen Bedarfs (im Sinne von nachgefragten Leistungen) und des qualitativen Bedarfs (also dem „wie“ der jeweiligen Versorgung) möglich sei. Die Bestimmung des qualitativen Bedarfs kann ihrer Erfahrung nach aber immer nur näherungsweise geschehen. So wird sich der qualitative Bedarf stets nur im Spannungsfeld zwischen dem „subjektiven Bedarf“ als subjektivem Bedürfnis der Individuen nach gesundheitlicher Versorgung, dem „subjektiven potentiellen Bedarf“ als Bedarfsbestimmung etwa durch den einzelnen behandelnden Arzt, und dem „objektivierten professionellen Bedarf“ als Bedarfsbestimmung durch professionelle Übereinstimmung über Behandlungsbedürftigkeiten und erforderliche Behandlungsumfänge bewegen. Nicht zuletzt sind aber auch die Grundlagen der gesundheits- und altenpolitischen Handlungskonzeptionen von entscheidendem Einfluß auf die zukünftige Bedarfsdefinition und Entwicklungstrends in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen.

Trends in der Krankenhausversorgung — Wie der Gesundheitszustand der Patienten im Jahre 2000 aussieht, hängt von vielen Einflußfaktoren ab. Die Morbiditätsstruktur der Bevölkerung und ihre Entwicklung ist dabei nur ein Faktor. Um eine konkrete Vorstellung über den tatsächlichen Gesundheitszustand der Patienten des Jahres 2000 zu entwickeln, muß eine Fülle von Einflußfaktoren quantifiziert werden: Organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen für Ärzte und Krankenhäuser, Personalkapazität im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung, Einweisungsverhalten der Ärzte, strukturelle Fehlsteuerungen in der Versorgungsstruktur aufgrund mangelnder Abstimmungen.

Bezieht man die Prognose auf die relativ verlässlichen Auswirkungen der demographischen Veränderungen, so kommt Brenner zu der Aussage, daß im Jahr 2000 etwa 54 v. H. aller Krankenhaufälle von der Altersgruppe der über 55jährigen verursacht werden (1985: 48 v. H.) (Brenner 1989). Das demographieinduzierte Volumen der Krankenhaufälle insgesamt wird bis zum Jahr 2000 um knapp 500 000 Fälle oder

3,6 v. H. steigen. Die Altersgruppe der 55- bis 65jährigen hat allerdings eine Zunahme von 17,7 v. H. (280 000 Fälle) und die Gruppe der 65- bis 75jährigen eine Zunahme von 23,3 v. H. (420 000 Fälle). Der prognostizierte Anteil der Krankenhaustage, der im Jahr 2000 auf die Gruppe der über 55jährigen entfällt, beträgt 65 v. H. (1989: 60 v. H.). Wegen der stärkeren Leistungsintensität der Krankenhaufälle älterer Patienten wird der Gesamtumfang der Krankenhaustage bis zum Jahr 2000 um 7,3 v. H., d. h. doppelt so schnell wachsen, wie die Zahl der Krankenhaufälle. Absolut betrachtet, wird die Demographieveränderung bis zum Jahr 2000 zu 15 Mio. mehr Krankenhaustagen führen als im Ausgangsjahr 1985.

Alein durch diese demographieinduzierte Verschiebung der Krankenhaufälle wird sich aber auch das Krankheitsspektrum, das im Krankenhaus zu behandeln ist, altersabhängig ändern. Auch die Pflegeproblematik älterer Menschen wird eher zunehmen. Die beabsichtigte stärkere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors infolge der Möglichkeit von vor- und nachstationärer Behandlung durch das Krankenhaus wird nicht zwangsläufig zu einer Entlastung des Krankenhauses führen (vgl. Brenner, 1989). Insofern werden nur durch eine besser aufeinander abgestimmte Planung zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer medizinischer und pflegerischer Versorgung Ungleichgewichte bzw. Fehlsteuerungen in der Versorgungsstruktur aufzudecken und zu vermeiden sein (vgl. Abb. 37).

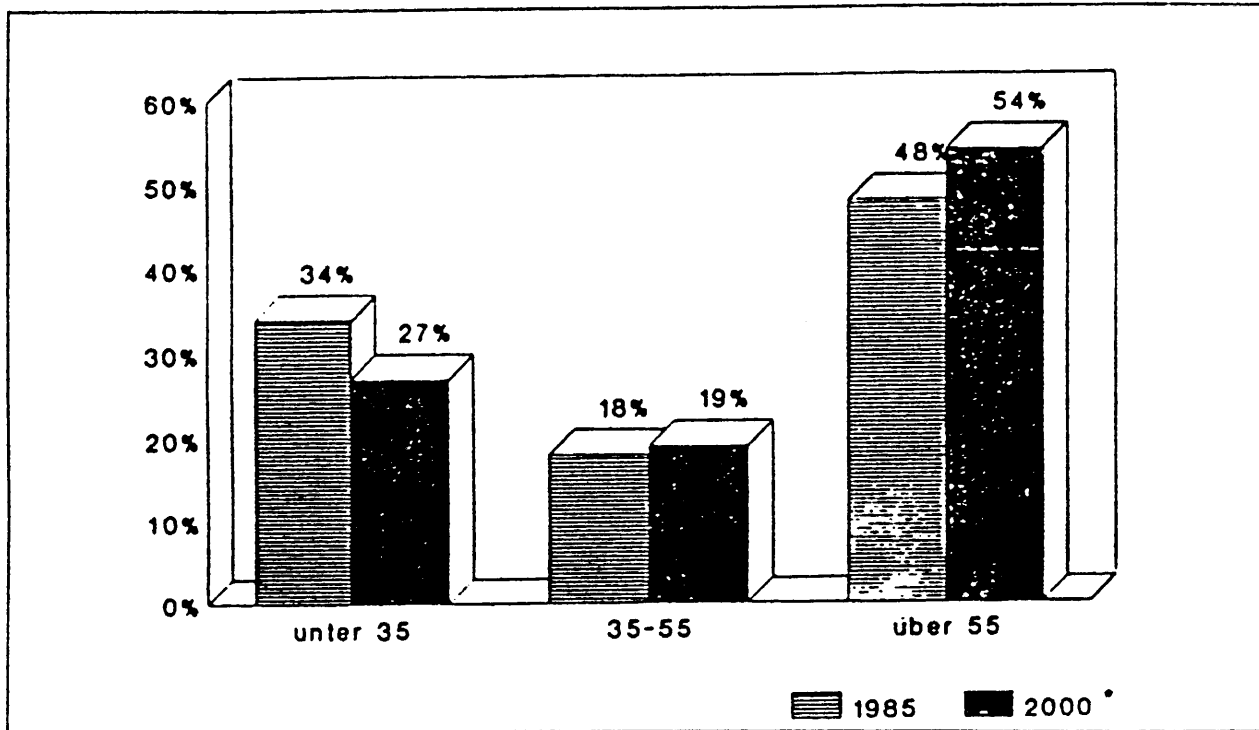
Verringerungen der Krankenhaushäufigkeit und -verweildauer (z. B. aufgrund der Entwicklung ambulanter bzw. minimal-invasiver Chirurgie oder vor- bzw. nachstationärer Betreuung durch die Kliniken) werden sich in erheblichem Maße bei jungen und mittelalten Erwachsenen vollziehen, kaum jedoch bei geriatrischen Patienten.

Trends in der geriatrischen Krankenhausversorgung

— In den letzten Jahren stieg die Zahl geriatrischer Kliniken rasch an und in nahezu allen Bundesländern sind in den nächsten 10 Jahren Maßnahmen geplant, die klinische Versorgung älterer kranker Menschen zu verbessern und weiter auszubauen. Geht man vom Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts und des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen aus dem Jahre 1987 aus, so wird für das Gebiet der Bundesrepublik (alte Bundesländer) ein Bedarf von 106 000 geriatrischen Akutbetten angegeben; zudem etwa 27 000 benötigte Betten in geriatrischen Rehabilitationskliniken. Wenn dagegen heute etwa erst 7 200 bis 9 500 geriatrische Betten bundesweit vorhanden sind, sind die Diskrepanzen offensichtlich. Daher wird die Forderung nach dem Ausbau geriatrischer Behandlungseinheiten in der Bundesrepublik Deutschland seit Jahrzehnten erhoben. Dabei besteht an quantitativen Veränderungen, d. h. an einer Erweiterung der Bettenzahl, weniger Interesse als vielmehr an der Umwidmung vorhandener Betten im Rahmen des Krankenhausbedarfsplans. Allerdings ist hier mehrfach schon auf die Gefahr einer sogenannten „Türschild-Geriatric“ hingewiesen worden. Insofern müssen die Institutionen neben der Bettenumschichtung in den Stand versetzt werden, ihre fachlichen,

Abbildung 37

Krankenhausfälle nach Altersstruktur 1985 und 2000



Quelle: Statistik der gesetzlichen Krankenkassen über AU-Fälle und -Tage nach Krankheitsarten, 1985. BMA und eigene Berechnungen in: Brenner, 1989).

personellen und räumlichen Ausrichtungen den erforderlichen geriatrischen Standards entsprechend anzupassen. Das Ziel muß sein, kurzfristig in allen größeren Akutkrankenhäusern selbständige, geriatrische Fachabteilungen einzurichten, die in der Lage sind, multimorbide und oft in hohem Maße pflegebedürftige alte Menschen mit Beginn ihrer Akuterkrankung stationär zu versorgen und dabei auch Aufgaben der Frührehabilitation zu erfüllen. Daneben muß es ein flächendeckendes Netz geriatrischer Rehabilitationskliniken geben, die eine regionale, aber immer noch möglichst wohnortnahe rehabilitative Weiterversorgung solcher Patienten übernehmen, die primär in anderen Krankenhäusern ohne geriatrische Klinik aufgenommen wurden und einen Rehabilitationsbedarf haben. Geriatrie und geriatrische Rehabilitation können aber nicht nur stationär sondern auch teilstationär — durch Tageskliniken — bzw. ambulant — durch niedergelassene Ärzte, Sozialstationen und private Pflegedienste — durchgeführt und praktiziert werden.

Folgt man den leider noch gänzlich uneinheitlichen Planungen des größeren Teils der Bundesländer, dann kommt dem Ausbau der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation insgesamt im kommenden Jahrzehnt eine Schlüsselfunktion bei der Verbesserung der Versorgung zu, selbst wenn zum Teil unterschiedliche Konzepte verfolgt werden. Unterstellt, die Planungen seien in den 90er Jahren realisierbar, dann würden Konzepte einer wohnortnahen geriatrisch-rehabilitativen Versorgung, die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung integriert, mittelfri-

stig zu erreichen sein, was gemessen an der Situation von vor 10 Jahren sicherlich ein Fortschritt wäre.

Das Fehlen einer sicheren Datenbasis verhinderte bisher allerdings sowohl eine angemessene Einschätzung der gegenwärtigen Versorgungssituation (in quantitativer Hinsicht) als auch eine fundierte (qualitative) Planung. Ein weiteres Problem ist sicherlich darin zu sehen, daß es nur wenig fundierte Kenntnisse darüber gibt, wie hoch der Anteil der „älteren“ Patienten liegt, die weiterhin angemessen etwa im Rahmen der allgemein-internistischen Versorgung behandelt werden können und wie viele Patienten spezifischer geriatrisch-rehabilitativer Therapie bedürfen.

Das Gebiet Geriatrie befindet sich gegenwärtig in einer grundlegenden Neuorientierung. Eine Prognose der zukünftigen Entwicklung kann sich deshalb sinnvollerweise nicht auf eine Extrapolation des Trends der letzten 10 Jahre stützen, um auf diese Weise Orientierungswerte für die zukünftige Fallzahl und Aufenthaltsdauer geriatrisch-rehabilitativer Patienten zu ermitteln. Eine genaue Bestimmung des Bedarfs im Gebiet Geriatrie abgeleitet aus der Altersstruktur und der Morbidität der zu versorgenden Bevölkerung ist beim gegenwärtigen Stand des Wissens ebenfalls nicht möglich und dies u. a. aus folgenden Gründen

— weil die therapeutischen Konzepte der Geriatrie für viele Erkrankungen noch nicht entsprechend differenziert entwickelt bzw. erläutert sind;

- weil die Häufigkeit vieler Erkrankungen, soweit sie geriatrisch-rehabilitativ betreut werden können, nicht bekannt ist;
- weil die zukünftige Ausgestaltung des Versorgungssystems, insbesondere Art und Umfang der Kooperation und Aufgabenteilung mit stationärer und ambulanter Versorgung, nicht hinreichend festgelegt ist.

Selbst bei vorsichtiger Interpretation der vorliegenden Daten kann allerdings nicht übersehen werden, daß die geriatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland immer noch unzureichend ist. Neben einer einheitlichen Konzeption fehlt es vielen Einrichtungen oft an ausreichender räumlicher, pflegerischer und therapeutischer Ausstattung. Sicher ist, daß der Ausbau der stationären Geriatrie immer nur in engem Zusammenhang mit der Entwicklung der entsprechenden komplementären und ambulanten Einrichtungen zweckmäßig ist; wie kein anderes Gebiet ist die Geriatrie für die Entwicklung ihrer Leistungsfähigkeit auf diesen Zusammenhang angewiesen. Neue Konzeptionen sollen daher im Zusammenhang mit der regionalen Versorgungsstruktur geplant werden. Dringend zu wünschen ist etwa eine Vereinheitlichung der planerischen Konzepte von Bund und Ländern.

Trends in der gerontopsychiatrischen Krankenhausversorgung — Angesichts des steigenden Anteils psychisch gestörter/kranker älterer Menschen stellt sich gegenwärtig erneut die Frage nach angemessenen Versorgungsmöglichkeiten einer Gerontopsychiatrie, wie sie schon Anfang der 70er Jahre durch die Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag, 1975) aufgegriffen wurde. In kaum einer Region der Bundesrepublik stehen ausreichend ambulante, teilstationäre und stationäre gerontopsychiatrische Einrichtungen zur Verfügung. Die Kontakte zwischen den einzelnen Einrichtungen sind zudem eher spärlich, einzelfallorientiert und meist auf bestimmte Bereiche begrenzt. Von einer regionalen Zusammenarbeit oder gar Vernetzung kann nicht gesprochen werden. Unbekannt sind auch vielen Professionellen die Möglichkeiten und Erfolgsaussichten von Prävention und Rehabilitation. Behandlungsmöglichkeiten werden ebenfalls unzureichend frühzeitig genutzt. Fehleinweisungen in die Gerontopsychiatrie führen immer wieder zu einem für den Patienten und seinen Angehörigen unzumutbaren Umstand.

Gerontopsychiatrische Versorgung kann nicht als Einzellösung irgendeiner Institution (z. B. Hausarzt, Sozialstation, Altenheim, Klinik) akzeptiert werden. Sie muß menschenorientiert, regional konzipiert und vernetzend angeboten werden. Die bisherige Strategie, institutionengebundene Angebote finanziell zu unterstützen, sollte aufgegeben und es sollten überinstitutionelle Angebote systematisch vermehrt werden. Vorbild der regionalen Versorgung ist das seit Jahrzehnten geforderte Gerontopsychiatrische Zentrum, bestehend aus Ambulanz, Tagesklinik und Altenberatung (BMJFFG, 1988), das darüber hinaus den verstärkt zu fordernden gerontopsychiatrischen Abteilungen oder psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern angegliedert werden kann. Auch nach Schmid/Schmidt scheint zukünftig die

Konzeption kleinerer, flexibler Einrichtungen in Verbindung mit offenen Angeboten und in kooperativer Verknüpfung mit den sonstigen Angeboten vor Ort, d. h. dezentral und stadtteilbezogen, angemessen zu sein (Schmid/Schmidt, 1985). Daraus ergibt sich insgesamt die Notwendigkeit einer Neuorganisation und Vernetzung der (geronto-) psychiatrischen Versorgung und einer Erweiterung und Stützung aller adäquaten stationären, teilstationären, ambulanten und laienbezogenen Angebote in allen Bereichen.

Trends in der Rehabilitation — Das System der gesundheitlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland weist an der Nahtstelle zwischen der medizinischen Akutbehandlung älterer Menschen und der Zuordnung zur dauernden häuslichen oder stationären Pflege ein strukturelles Defizit auf, dessen Abbau eine der wichtigsten gesundheitspolitischen Aufgaben der nächsten Jahre darstellt. Im Unterschied zu vielen europäischen Nachbarstaaten, insbesondere zu Skandinavien, aber auch zu Holland, Belgien und der Schweiz, fehlt es in der Bundesrepublik Deutschland an einem fachqualifizierten, regelhaft verfügbaren ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitationsangebot für ältere Menschen. Dies ist außerordentlich bedauerlich, da die Effizienz von Rehabilitationsleistungen für ältere Menschen in der Substanz inzwischen hinreichend praktisch erwiesen und fachlich unumstritten ist. Vom Aufbau eines qualifizierten und bedarfsgerechten Rehabilitationsystems in der Bundesrepublik Deutschland könnte ein wesentlicher Beitrag zur Vermeidung, Verminderung oder Aufschiebung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit erwartet werden. Dies ist auch eine der wesentlichen Zielsetzungen des Gesundheitsreformgesetzes. Aufgrund einer jüngst durchgeführten Untersuchung (vgl. Meier-Baumgartner/Görres, 1993) konnte immerhin durch geriatrisch-rehabilitative Maßnahmen bei bis zu 30 v. H. der untersuchten Patienten eine Heimeinweisung vermieden werden. Der Auftrag zur Rehabilitation älterer Menschen richtet sich nicht nur an die Institution des Gesundheitswesens, sondern an alle Träger von Einrichtungen und Diensten, die im Bereich institutioneller Hilfestrukturen für ältere Menschen tätig sind. Rehabilitation ist daher auch eine Aufgabe für die Altenhilfe. Für die Altenhilfe geht es beim Aufbau eines Rehabilitationsangebotes für ältere Menschen auch um die qualitative Weiterentwicklung ihrer eigenen Standards, um eine grundlegende Neuorientierung ihrer Konzepte, vor allem auch im Bereich der häuslichen und stationären Dauerpflege. Zudem ist der Aufbau entsprechender ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen, Dienste und Einrichtungen auch ein wichtiger Bestandteil gemeindenaher Psychiatrie.

Die leider nur wenigen Untersuchungen aus der Bundesrepublik Deutschland belegen insgesamt eindrucksvoll, daß eine spezielle Rehabilitation von Älteren zu hervorragenden Ergebnissen führen kann. Dennoch ist der Handlungsbedarf unverändert groß. Es bleibt zu hoffen, daß neben strukturellen Veränderungen im Krankenhausesektor auch zeitgemäße Personalschlüssel für die geriatrische Rehabilitation anerkannt werden, die es ermöglichen, alle heute bewährten diagnostischen, therapeutischen und re-

habilitativen Möglichkeiten im Rahmen einer umfassenden Behandlung im Einzelfall auch tatsächlich auszuschöpfen.

Trends in der stationären Langzeitversorgung durch Heime — Zur Zeit (1993) gibt es in Deutschland etwa 650 000 Plätze in Altenwohnheimen, Feierabendheimen und Altenpflegeheimen, davon schätzungsweise rund 450 000 Pflegeplätze. Der quantitative Versorgungsgrad mit Heimplätzen ist in den neuen und den alten Bundesländern nicht sehr unterschiedlich, wohl gibt es aber erhebliche qualitative Unterschiede. Wenn man die Auswirkungen der Altersstrukturverschiebung auf den Heimplatzbedarf abschätzen will, muß man eine altersgruppenspezifische Betrachtung vornehmen. Leider erhebt nur das Bundesland Bayern regelmäßig Anzahl, Geschlecht und Alter der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, so daß nur für dieses Bundesland im Zeitvergleich ermittelt werden kann, wie hoch in den einzelnen 5-Jahresgruppen der Anteil der Heimbewohner ist (vgl. Tab. 76):

Tabelle 76

**Anteil der Heimbewohner
an der jeweiligen Altersgruppe in Bayern**

Alter	1974	1992	2010 Trend- extra- polation
	in v. H.		
65—70	0,9	0,8	0,7
70—75	2,1	1,8	1,5
75—80	5,4	3,8	2,7
80—85	10,7	8,9	7,4
85 und mehr	18,0	21,9	26,6

Quelle: Rückert, 1993.

Von den über 85jährigen wohnten 1992 in Bayern 21,9 v. H. in einem Heim der Altenhilfe. Die über 85jährigen sind auch die einzige Altersgruppe, in der der Anteil der Heimbewohner von 1974 an ständig angestiegen ist; in allen anderen Altersgruppen ist der Anteil der Heimbewohner immer geringer geworden. Bezieht man die Inanspruchnahmeraten von 1992 auf die nach 5 Jahresaltersgruppen differenzierte Altersbevölkerung des Jahres 2003, dann errechnet sich eine Steigerung des Heimplatzbedarfs von nur 6,8 v. H., obgleich die Zahl der über 65jährigen in diesem Zeitraum um 17 v. H. steigt. Unberücksichtigt geblieben sind hier allerdings die möglichen Folgen von Gesundheitsreform- und Gesundheitsstrukturgesetz: So könnten mittelfristig die Langzeitkranken immer stärker aus den Krankenhäusern in die Heime verdrängt werden.

Wahrscheinlich wird sich der von 1974 bis 1992 beobachtbare Trend in der Inanspruchnahme von Heimen auch in Zukunft fortsetzen; zunächst jedenfalls spricht wenig für eine Trendumkehr, auch nicht die Pflegeversicherung. Sie stärkt den Vorrang ambulanter und teilstationärer Dienste und die Rolle der

pflegenden Angehörigen. Dies wird vermutlich die Nachfrage nach Heimplätzen geringer werden lassen und den Mehrbedarf an Heimplätzen von 6,8 auf 3,8 v. H. verringern. Das bedeutet, daß der Heimplatzbedarf über das Jahr 2000 hinaus im großen und ganzen mit der Realisierung der derzeit in Bau und Planung befindlichen Heimplätze gedeckt sein dürfte. Dies läßt unter anderem Spielräume bei der Ausgestaltung sowie Spezialisierung der bestehenden stationären Einrichtungen zu. Mögliche Spezialisierungen sind bezogen auf

- die Versorgung von psychisch kranken Heimbewohnern;
- die Langzeitrehabilitation von chronisch Kranken mit Aussicht auf Besserung ihrer Befindlichkeit und ihrer Selbständigkeit, insbesondere in Fällen von gleichzeitiger psychischer und somatischer Beeinträchtigung;
- die qualifizierte Langzeitversorgung von Schwerpflegebedürftigen, die in größeren Heimen konzentriert untergebracht sind;
- die Gestaltung des Lebens und die Begleitung von Sterbenden.

Die Binnenstrukturen dieser Einrichtungen müssen darüber hinaus so verändert werden, daß sie als Wohnform bzw. Lebensraum akzeptiert werden können:

- Die Dienstleistungen eines Heimes bauen auf der Individualität des einzelnen Heimbewohners auf, dem innerhalb der Grenzen seiner gesundheitlichen Befindlichkeit ein weitgehend normales Leben zu ermöglichen ist. „Normalisierung des Heimlebens“ bedeutet die Orientierung an Standards, die außerhalb des Heimes, in seiner sozialen Umgebung, gültig sind. „Individualisierung von Heimleistungen“ bedeutet die Abkehr von Pauschalierungen und Routinen, die für eine größere Bandbreite von Bewohnerwünschen keinen Raum lassen.
- Die Behandlungs- und Betreuungsleistungen eines Heimes haben die Erhaltung der Selbständigkeit und der Entscheidungsspielräume der Heimbewohner zum Ziel, wenn eben möglich. Weitere gesundheitliche Dekompensation gilt es zu vermeiden bzw. innerhalb der mit den Mitteln der Behandlung, Aktivierung und Pflege erreichbaren Grenzen zu halten. Es gilt der Grundsatz „Rehabilitation bzw. Erhaltenstherapie geht vor Versorgungs- und Pflege“.
- Heime müssen eine das Leben bejahende Sterbegleitung leisten. Die Lebensbedingungen in der Phase des Sterbens müssen die Erfüllung individueller Wünsche des Sterbenden gestatten. Sterbegleitung beinhaltet das Gespräch und die Pflege; sie ist auch ärztliche Behandlung und sie schließt Schmerztherapie ein. Dieser wichtige und ein hohes Maß an persönlichem Einsatz erfordernde Leistungsbereich der Heime kann von einer Offenheit für die Arbeitsansätze der Hospizbewegung profitieren.

— Das umschriebene Heimkonzept ist durch eine ganzheitliche Ausrichtung charakterisiert. Es ist auf das Wohl der Heimbewohner ausgerichtet (wobei diese selbst im Prinzip die Definitionsmacht dessen haben, was ihrem Wohle dient). Kompromisse sind erforderlich, denn Heime sind zugleich Arbeitsstätten ihres Personals. Dessen berechnete Interessen begrenzen die Entfaltungsmöglichkeiten der Heimbewohner dort, wo sie nicht mit diesen gleichgerichtet sind. Teil des Beziehungsgefüges ist die soziale Umgebung der Heimbewohner (d. h. ihre Angehörigen und Freunde) und die soziale Umgebung des Heimes. Denn von ihr werden die Standards abgeleitet, die die „Normalität des Heimlebens“ bestimmen (vgl. dazu auch DZA/KDA, 1991).

Darüber hinaus müssen die therapeutischen Angebote so ausgebaut oder in Kooperation mit geriatrisch-rehabilitativen Einrichtungen angeboten werden, daß die noch vorhandenen Selbsthilfepotentiale so gut wie möglich gefördert werden, was einer Reihe von Bewohnern die Rückkehr in die eigene Wohnung ermöglichen wird. Zumindest müssen die verbliebenen Tätigkeiten erkannt und stabilisiert werden, so daß einer vorzeitigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegengewirkt wird. Gefordert werden darüber hinaus vor allem eine Öffnung des Heimcharakters, dezentrierte stadtteilbezogene Strukturen (Wohngruppen), eine stärkere Kooperation mit anderen Einrichtungen, die Präsenz eines Hausarztes, aktivierende und rehabilitative Pflege sowie eine deutliche Verbesserung im Personalschlüssel und in der Ausbildung des Personals, insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich. Heime müssen insgesamt in die Lage versetzt werden, qualitätsvolle Leistungen zu erbringen — entsprechend den Erkenntnisfortschritten der betroffenen Berufe und der Gerontologie/Geriatrie.

Trends in der ambulanten ärztlichen Versorgung alter Menschen — Zur zukünftigen Rolle der niedergelassenen Ärzte sind derzeit kaum konkrete Planungen bekannt. Fest steht aber, daß den niedergelassenen Ärzten eine bedeutende Rolle im Hinblick auf eine angemessene gesundheitliche Versorgung älterer Menschen zukommen wird. So will die AOK die Position des Hausarztes im Gesundheitsbetrieb grundsätzlich stärken, etwa dadurch, daß den Versicherten, die sich entgegen der heute üblichen freien Arztwahl bei einem Hausarzt oder einem Gesundheitszentrum einschreiben, ein niedrigerer Beitragsatz eingeräumt werden soll. Darüber hinaus will die AOK mit den Ärzten neue Formen der Leistungserbringung vereinbaren. Dabei geht es darum, mit Qualität und Wirtschaftlichkeit die Versorgung kundenorientierter zu fördern (vgl. Handelsblatt, 9.3.1994). Eine besondere Rolle kommt deshalb auch der Ausweitung einer Weiter- und Fortbildungsinfrastruktur zu. Geriatrische Weiter- und Fortbildung sind im Hinblick auf die zukünftige Rolle des niedergelassenen Arztes Voraussetzung dafür, daß dieser ambulante Maßnahmen etwa der Rehabilitation selbst oder in der Rolle eines Koordinators mit anderen Einrichtungen (Sozialstationen, mobile Rehabilitationsteams) durchführen und ein zu schaffendes wohnortnahes Verbundsystem von medizinischen,

psychologischen, pädagogischen, sozialen und technischen Diensten der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung anregen kann. Im Rahmen von Gruppenpraxen können darüber hinaus interdisziplinäre Teams das Spektrum der ambulanten ärztlichen Versorgung erweitern.

Trends in der ambulanten sozialpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung — Für die ambulante sozialpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung richten sich erste Planungsüberlegungen sowohl auf eine quantitative als auch auf eine qualitative Weiterentwicklung. Hinsichtlich der Quantität sozialpflegerischer Dienstleistungen wurde von den in der Infratest-Studie untersuchten Pflegebedürftigen angeführt, daß eine häufigere Betreuung im Wochenverlauf (50 v. H.) bzw. eine zeitlich längere Betreuung nötig wäre (46 v. H.). Darüber hinaus wird eine Betreuung auch am Wochenende gewünscht (42 v. H.). Hinzu kommt der Wunsch nach schnellerer Verfügbarkeit im Notfall (32 v. H.) sowie flexiblere Urlaubsvertretung (30 v. H.). Bei den Hilfebedürftigen nennen ebenfalls 64 v. H. der Personen mit Verbesserungswünschen eine häufigere Betreuung im Wochenverlauf. 30 v. H. möchten eine zeitlich längere Betreuung und 24 v. H. verweisen auf eine schnellere Verfügbarkeit in Notfällen (vgl. Infratest, 1993).

Insbesondere angesichts zunehmender Zahlen hochbetagter Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung verbleiben wollen und sollen, stellt sich in der Bundesrepublik zudem die Notwendigkeit, ein eigenständiges hauswirtschaftliches Hilfeangebot auszubauen und seine Finanzierung sicherzustellen.

Im Zusammenhang mit einer qualitativen Erweiterung des Angebotsspektrums von sozialpflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten gewinnt vor allem die Diskussion um die Entwicklung von Sozial- und Gesundheitszentren an Bedeutung, die neben dem bisherigen Angebot generationsübergreifende, gesundheitsfördernde, sozialpflegerische und soziokulturelle Aufgaben bezogen auf einen geographisch überschaubaren Bereich anbieten sollen (Stadtteil, Quartier) und sich als Anlauf- und Clearingstelle zur Vermittlung anderer im Stadtteil vorfindbarer Dienste verstehen (vgl. Görres/Luckey, 1991).

Trends in der Koordination, Kooperation und Vernetzung — Die zunehmende Ausdifferenzierung von Diensten sowie die damit verbundene Kostenträger- und Trägervielfalt wird zukünftig zu einer Erhöhung des regionalen und überregionalen Koordinierungsbedarfs führen. Die Instrumente einer „externen“ Qualitätssicherung — Gesetzesgrundlagen, Behörden, Beratungsinstanzen — sind bisher allerdings nur wenig ausgebildet. Es müßten Einrichtungen bzw. Instanzen zur Verfügung stehen, die die Praxis darin unterstützen, realisierbare qualitätssichernde Strategien einschließlich geeigneter Instrumente und Methoden zu entwickeln und ihnen während der verschiedenen Phasen des Qualitätssicherungsprozesses beratend zur Seite zu stehen, wie es etwa die CBO in den Niederlanden seit Jahren tut. Dazu gehört etwa die Entwicklung regionaler Kommunikations- und Kooperationsmöglichkeiten sowohl im ambulanten, teilstationären als auch im stationären Bereich. Hier sollen die Betroffenen selbst zusammen mit den

Experten ihre gesundheitliche Zukunft mitgestalten und weiter entwickeln können. Regionale Assoziationen und Vernetzungen — etwa im Rahmen regionaler Gesundheits- und/oder überregionaler Qualitätssicherungskonferenzen — könnten dazu beitragen, Qualitätssicherung als gemeinsame organisatorische Aufgabe, als Mittel aller an der Versorgung in einer Region Beteiligten zu begreifen (vgl. Görres, 1992 d).

Der Komplexität der Bedarfslage kann zukünftig ein lineares Versorgungsprinzip nicht gerecht werden. Es fehlt nicht nur an einer gesundheitspolitisch orientierend und koordinierend wirkenden Gesamtverantwortung, sondern es mangelt auch auf der kommunalen und institutionellen Ebene an der notwendigen Koordination und Kooperation der medizinischen, sozialpflegerischen und hauswirtschaftlichen Dienste.

Anzustreben ist daher eine starke Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche, insbesondere durch

- eine bedarfsgerechte Anpassung von Versorgungskapazitäten und Umstrukturierungen innerhalb und zwischen Versorgungsbereichen;
- eine bessere gegenseitige Abstimmung der Planung für und Versorgung mit ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeleistungen für die Versorgung älterer Menschen;
- eine größere Durchlässigkeit innerhalb des Versorgungssystems;
- eine Verbesserung der Kooperation und Koordination der vorhandenen Dienste und Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegebereich;
- die Schließung von Lücken im Versorgungsangebot durch neue Dienste und Einrichtungen;
- die quantitative und qualitative Weiterentwicklung vorhandener Versorgungseinrichtungen.

Nicht nur den zentralen Planungsinstanzen in Bund und Land, sondern vor allem auch örtlichen oder regionalen Institutionen wie Medizinischer Dienst der Kranken- und Pflegekassen, öffentliches Gesundheitswesen, Krankenhausträgern und Wohlfahrtsverbänden kommt hierbei große Bedeutung zu.

Als allgemeine Schlußfolgerung läßt sich ziehen: Durch die quantitative Zunahme der älteren Menschen und vor allem der hochaltrigen mit ihrem höheren Behandlungs- und Pflegebedarf wird Alter noch stärker zum bestimmenden Faktor bei der Entwicklung des Gesundheitswesens. Quantitativ hat eine „Geriatrisierung“ des Gesundheitswesens bereits stattgefunden; sie wird sich verstärken derart, daß in Zukunft die medizinische Versorgung alter und hochbetagter Patienten immer stärker das Leistungsgeschehen bestimmen und zahlreiche strukturelle, ethische und medizinisch-pflegerische Fragen aufwerfen wird (vgl. Tews, 1991).

7.5 Forschung

7.5.1 Ausgangslage der gerontologischen Forschung unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Versorgung

In der Bundesrepublik Deutschland wird gerontologische Forschung — Grundlagenforschung wie auch anwendungsbezogene Forschung für Praxis- und Politikberatung — bisher nicht systematisch gefördert. Es besteht ein Problem der gerontologischen Infrastruktur, die aufgrund ihrer extremen „Großmächigkeit“ praktisch nicht vorhanden ist. Abgesehen von den wenigen Lehrstühlen — so z. B. in Heidelberg, Bochum, Nürnberg, Dortmund und Kassel — wird Gerontologie mehr oder weniger an den Hochschulen „nebenbei“ betrieben. Ein wesentlicher Ausgangspunkt der verstärkten wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Alter und dem Alternsprozeß lag und liegt in sozialen Problemen begründet: Immer höhere Lebenserwartung, verstärktes Auftreten von Pflegebedürftigkeit, zeitweise immer früherer Eintritt in den Ruhestand, die Annahme, die Menschen seien nicht auf das Alter vorbereitet, die Suche nach adäquaten Altenrollen, Mängel im Gesundheitssystem und dem System der sozialen Sicherung allgemein sowie im strukturellen Wandel der Gesellschaft und seinen gerontologischen Bezügen. Nach wie vor ist die Gerontologie aber keine eigenständige Wissenschaftsdisziplin, allenfalls angewandte Forschung mit einem Sammelsurium von Forschungsergebnissen ohne erkennbare erkenntnisleitende Theorie und ohne eigenes Paradigma (Denkmuster) (vgl. Tokarski, 1994).

Jenseits des grundsätzlichen und allgemeineren Problems einer in der Bundesrepublik Deutschland nicht etablierten Gerontologie gibt es das Problem einer sehr schmal zugeschnittenen angewandten, praxisbezogenen Forschung, insbesondere bezogen auf die gesundheitliche Versorgung. Nach dem MAGS-Gutachten (vgl. Bäcker et al., 1989) ist es kaum eine Übertreibung festzustellen, daß es seit mehr als 10 Jahren praktisch keine systematischen Untersuchungen z. B. zur institutionellen geschlossenen Versorgung älterer Menschen in Heimen gibt, keine Präventions- und Rehabilitationsforschung in nennenswertem Umfang existiert, es im Bereich der gesundheitlichen Versorgung generell an einer wissenschaftlich fundierten kritischen Auseinandersetzung mit den Qualitäten der Dienste und Angebote mangelt und schließlich so gut wie keine systematische und regelmäßige Gesundheits- und Altersberichterstattung existiert (vgl. Naegele et al., 1992).

7.5.2 Fazit und Zukunftsperspektiven

Fazit und Zukunftsperspektiven in der gerontologischen Forschung — insbesondere im Bereich der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen — ergeben sich aus den Defiziten in den einzelnen Bereichen:

Epidemiologie von Krankheit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter — Das Ziel einer weiteren Verbesserung der Gesundheit in der Altersbevölkerung setzt unter anderem voraus, daß Forschungen über Zusammenhänge zwischen Krankheiten, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einerseits sowie der Lebenslage und Lebensweise der Betroffenen, der Person-Umwelt-Beziehung zwischen den Individuen und ihrem Lebensumfeld, den Erlebens- und Bewältigungsformen, den (biographisch entwickelten) Kompetenzen der Betroffenen, den unterstützenden, stabilisierenden und versorgenden Strukturen und der Qualität der Interventionsmaßnahmen andererseits, vor dem Hintergrund theoretischer Orientierungen des differenziellen Alters, der Kontinuität und Diskontinuität im Alternsverlauf, der Kapazitäts- und Handlungsreserven älterer Menschen sowie dem Strukturwandel des Alters, eine höhere Priorität erhalten. Insbesondere die Epidemiologie (Sozialepidemiologie) könnte dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Es ist kaum verständlich und bringt erhebliche Nachteile mit sich, daß unser hochentwickeltes Gesundheitswesen weiterhin wichtige wissenschaftliche Grundlagen aus zweiter Hand bezieht, d. h. sich auf Ergebnisse epidemiologischer Studien der USA, Englands und der skandinavischen Länder stützen muß (vgl. Hoffmeister, 1990 a). Ausnahmeerscheinungen sind hier die Studie „Repräsentativerhebung zu Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren (vgl. Infratest, 1993), die SIMA-Studie zu „Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter“ (vgl. Rupprecht et al., 1992), die „Interdisziplinäre Langzeitstudie des Erwachsenenalters über Bedingungen zufriedenen und gesunden Alters“ (ILSE) (vgl. etwa Minnemann/Kruse, 1992), die „Bonner Gerontologische Längsschnittstudie“ (BOLSA) (vgl. Thomae, 1993 b), vor allem aber die Berliner Altersstudie (BASE), die zwar zunächst als Querschnittstudie durchgeführt wird, aber so angelegt ist, daß sie als Längsschnittstudie in Form einer Kohortensequenzstudie fortgeführt werden kann. Allerdings weist die Querschnittserhebung bereits jetzt schon „längsschnittliche“ Aspekte auf, die sich aus retrospektiven Lebensverlaufsinterviews und medizinischen und psychiatrischen Anamnesen ergeben (vgl. Nuthmann, 1992).

Im Gegensatz dazu ist die öffentliche Statistik in mehrfacher Hinsicht nicht auf eine Aufhellung der Lebenssituation älterer Menschen, der von ihnen benötigten und in Anspruch genommenen Dienste und einzelner Aspekte dieser Dienste, ausgerichtet. So wird z. B. oftmals über die Altersgrenze von 65 Jahren hinaus keine weitere Differenzierung nach Altersgruppen vorgenommen. Damit wird eine statistische Betrachtung unterschiedlicher Lebenssituationen verschiedener Altersgruppen und deren Entwicklung im Zeitablauf unmöglich gemacht. Zumindestens wäre es erforderlich, neben den 65jährigen und älteren auch die 80jährigen und älteren gesondert auszuweisen. Seit Jahren gibt es aber kaum eine systematische und regelmäßige Gesundheitsberichterstattung mit regelmäßigen, umfassenden und problemorientierten Bestandsaufnahmen, die auch das Krankheits-

spektrum von sogenannten Pflegebedürftigen systematisch erfassen würde. Ebensowenig existiert eine Altersberichterstattung, die neue Diskussionsströme aufnehmen und auf notwendige Forschungsaktivitäten hinweisen könnte. In diesem Zusammenhang genügt es nicht, Veränderungen in der auf die Alterspopulation gerichteten Infrastruktur zu erfassen — auch dies geschieht nur, wie etwa im Falle geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen, lückenhaft — ohne gleichzeitig Veränderungen in der Alterspopulation selbst eine höhere Aufmerksamkeit entgegenzubringen, etwa durch Längsschnitt- bzw. Kohortenanalysen. Wer dauernden Pflegebedarf reduzieren will, muß zunächst auch die Erkenntnisse über das Spektrum zugrundeliegender Krankheiten und Behinderungen durch gezielte Erhebungen mehren.

Forschung zu älterwerdenden von jung an Behinderten — Für die Behindertenforschung ist belegt, daß die Entstehung von Beeinträchtigungen und Benachteiligungen ein multifaktorielles Geschehen ist, deren Ursachen durch Lebensstile, physiologisch-anatomische Befunde und erschwerte Lebenslagen bedingt sind. Es gehört weiterhin zum gesicherten Wissen einer differentiellen Gerontologie älterer Behinderter, daß ihre kognitiven Leistungen entwicklungsfähig sind, falls sie gefördert werden (vgl. Thomae, 1985; Wieland, 1992).

Im Bereich der älterwerdenden von jung an Behinderten fehlen aber zuverlässige Daten über die Entwicklung der Altersstrukturen, die Ursachen der Behinderungen sowie deren eindeutige Diagnostizierung und Klassifizierung (vgl. Schütz, 1994; Mann, 1992). Darüber hinaus besteht Forschungsbedarf im Hinblick auf die Frage, für welche und für wieviele behinderte Menschen im Alter in absehbarer Zeit welche Hilfen (Wohneinrichtung, Betreuungsangebote, tagesstrukturierende Hilfen) angeboten werden müssen. Schließlich besteht ein dringender Forschungsbedarf zur Frage einer Tagesstrukturierung beim Übergang aus dem Arbeitsleben (insbesondere aus der Werkstatt für Behinderte — WfB) in das Rentenalter. Dies gilt auch für tagesstrukturierende Angebote für WfB-Besucher, die aus dem Arbeitsleben ausscheiden und nicht in einer Wohnstätte wohnen. Hier wären insbesondere die Zielvorstellungen „Integration und Normalisierung“ zu prüfen (vgl. BMFuS, 1993).

Wenig bekannt ist auch, unter welchen Bedingungen die älterwerdenden Behinderten leben. Phänomene wie Hochaltrigkeit und Singularisierung, d. h. eine Vereinzelnung im Alter, kommen auf älterwerdende Behinderte zu (vgl. Wieland, 1992). Der gesicherte Kenntnisstand in diesem Bereich ist allerdings noch gering. Es ist wenig bekannt über die Versorgung nach dem Wegfall primärer sozialer Netze wie Ehepartner und Angehörige. Insofern liegen wichtige Ansatzpunkte weiterer Forschung über älterwerdende von jung an Behinderte in der Evaluation system- und sozialintegrativer Bemühungen, die die Spannung zwischen den gesicherten theoretischen Entwicklungsmöglichkeiten einerseits und den aufgedeckten Defiziten in der Versorgungspraxis andererseits als gewichtige Einflußgrößen auf das Altern Behinderter zu bearbeiten haben (vgl. Mann, 1992).

Forschung zum Bereich Prävention — Mehr als drei Viertel der vorzeitigen Sterbefälle in industrialisierten Ländern entfallen derzeit auf 4 Todesursachen: Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter. Darüber hinaus erhöht sich der Anteil der nicht zum Tode führenden chronischen Krankheiten: Degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen, psychisch manifestierte Leiden und Suchtkrankheiten. In diesem Bereich besteht ein ausgesprochen hoher Forschungsbedarf hinsichtlich des Risikocharakters der für jüngere Altersstufen anerkannten sogenannten Risikofaktoren und deren Wirksamkeit für die höheren Altersstufen. Insbesondere ist es noch weitgehend unklar, in welchem Ausmaß eine Verminderung dieser Risikofaktoren das gesamte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko sehr alter Menschen zu senken in der Lage ist. Die Unterentwicklung der Epidemiologie und die begrenzte Beschreibbarkeit des Morbiditätswandels haben dies bisher verhindert. Aufgrund epidemiologischer Erkenntnisse scheint jedoch sicher, daß bei aller Verschiedenheit dieser Krankheiten hinsichtlich Verursachung, Verlauf und Behandlung, ein primär kurativ und individualmedizinisch orientiertes Versorgungssystem den Gesundheitsprozeß erst relativ spät und generell nicht besonders wirksam beeinflussen kann, trotz beachtlicher Erfolge in manchen Teilbereichen der epidemiologischen Risikoanalyse, die neben den bisherigen morbiditäts- und mortalitätsbezogenen Indikatoren auch Verhaltensindikatoren mit aufgenommen hat. Unerlässlich ist daher die Stärkung einer wissenschaftlichen Infrastruktur der Präventivmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Im Mittelpunkt stehen insbesondere Fragen der Grundlagen- und Begleitforschung für neu zu entwickelnde präventivmedizinische Ansätze und Entwicklung und Implementation praktikabler Qualitätssicherungsverfahren (vgl. BMG, 1993). Unter Forschungsgesichtspunkten zur Prävention im Alternsprozeß erhalten vor allem Lebensstilmerkmale ein besonderes Gewicht. Svanborg argumentiert, daß kollektiv verfügbare Möglichkeiten zur Verlängerung des Lebens und zur Erhöhung von Lebensqualität im Alter heute günstiger sind als in vorangegangenen Jahrzehnten (Svanborg, 1985). Allerdings nutzen alternde Menschen die an sich verfügbaren Möglichkeiten nicht in gleicher Weise. Kumulativ (gehäuft) benachteiligte alte Menschen — Personen mit einer niedrigeren Ausgangsbegabung, einem schlechteren Bildungsstand, Menschen, die in ungünstigeren sozio-ökonomischen Verhältnissen leben, die weniger aktiv sind, usw. — profitieren wenig von den Möglichkeiten, welche Hygiene, Medizin, Wirtschaft und Ökologie für die Lebensverlängerung und für die Erhaltung von Kompetenz bieten. Je eingeschränkter die Bedingungen sind, denen eine Person über ihre Biographie hinweg ausgesetzt war, desto eingeschränkter scheint ihre Überzeugung von der eigenen Wirksamkeit. Desto begrenzter sind wohl auch Handlungspläne und natürlich die tatsächliche Gestaltung des eigenen Lebens im Hinblick auf die Nutzung präventiver Chancen (vgl. Olbrich, 1991; Kruse, 1992). Insofern muß Präventionsforschung bei einem solchen Verständnis von Kompetenz sowohl bei der Person als auch bei ihrer Situation ansetzen. Dies betrifft zum

einen den Stellenwert individueller und je nach Lebenssituation spezifischer Verstärkung von Bewältigungsfertigkeiten im Sinne von primärer und sekundärer Prävention (Caplan, 1964; Thomae, 1968; Kruse, 1992). Zum anderen müssen neben Personenfaktoren auch Faktoren der sozialen und dinglichen Umwelt zu Ansatzpunkten der Prävention gewählt werden (Tertiärprävention) (vgl. Wahl/Baltes, 1993). Darüber hinaus kann als wissenschaftlich gesichert gelten, daß sowohl wichtige Anteile der Verursachung von Krankheiten als auch Ansätze zu deren Prävention in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen liegen, die nicht individuell, sondern nur politisch gestaltet werden können. Nach Schätzungen des US-amerikanischen „Center for Disease control“ ist der Einfluß der sozialen Umwelt und der Lebensweisen auf die Sterblichkeit etwa doppelt so groß wie die Einflüsse der ökologischen Umwelt und der biologischen Prädisposition und diese wiederum doppelt so groß wie der Einfluß des Gesundheitswesens. So sind z. B. soziale Schicht, Geschlecht und ungleich verteilte Chancen der Lebensqualität — etwa durch Arbeitslosigkeit, Armut und Migration — nach international übereinstimmender Auffassung epidemiologisch bedeutsame Gesundheitsrisiken. Nach einer für die Bundestags-Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ durchgeführten Auswertung von Daten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) geben Personen der unteren sozialen Schicht etwa doppelt so häufig einen schlechten Gesundheitszustand an wie Personen der obersten sozialen Schicht. Untersuchungen in Großbritannien ergaben, daß die Mortalitätsrate bei ungelerten Arbeitern im Alter zwischen 16 und 64 Jahren in den Jahren 1979 bis 1983 doppelt so hoch lag wie bei Akademikern dieser Altersstufe (Deutscher Bundestag, 1994). Auch die Tatsache eines höheren Krankheitsrisikos älterer Arbeitnehmer wirft die Frage nach dessen Ursachen auf und stellt darüber hinaus die Frage nach konkreten Ansatzpunkten für risikogruppenspezifische bzw. arbeitsplatzbezogene Maßnahmen zur Verhinderung von Gesundheitsschäden (vgl. Naegele, 1992 a). Arbeits- und Sozialmedizin und der damit verbundene Arbeitsschutz haben bislang keine Konzepte und Strategien entwickelt, die den Zusammenhang von Erwerbs- und Lebensverlauf mit Erkrankungsverläufen und Tod thematisieren. Wenn überhaupt eine den Einzelfall überschreitende sozialepidemiologische Sichtweise entworfen wurde, dann wurde nur höchst selten dem Verlaufscharakter des Zusammenhangs von Erwerbsbiographie und Erkrankung nachgegangen. Es wurden Studien über einzelne Risikofaktoren und ihre Auswirkung auf spezifische Krankheitsbilder erforscht. Um angemessene, auch arbeitsmedizinische Antworten auf die Frage nach der Gestaltung der Arbeit von älteren Arbeitnehmern geben zu können, muß der Blick gerade auf den Problembereich der Entstehung von chronischer Erkrankung mit nachfolgender Begrenzung der Tätigkeit gerichtet und die darauf bezogenen sozialpolitischen, betrieblichen und individuellen präventiven Strategien untersucht werden (vgl. Müller, 1994).

Forschungsstrategisch betrachtet ist es insgesamt erforderlich, daß die Begrenzungen durch traditio-

nelle Forschungsgegenstände (Risikofaktorenkonzept) überwunden und diese durch Studien zur Gesundheitsförderung ergänzt werden. Die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungs politik steht im engen Zusammenhang mit der Institutionalisierung der Gesundheitswissenschaften/Public Health in Deutschland. Die positiven Ansätze zur Entwicklung der Forschung, Lehre und Versorgungspraxis auf dem Gebiet der Gesundheitswissenschaften/Public Health in Deutschland müssen daher entsprechend ausgebaut und strukturell verankert werden. Public Health analysiert neben den individuellen Krankheitsfällen die epidemiologisch faßbaren Risikostrukturen: Verursachung, Zusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Seit 1991 sind entsprechende Arbeiten in drei regionalen Verbänden und fünfzig Forschungsvorhaben des vom Bundesministerium für Forschung und Technologie mit etwa 30 Mio. DM geförderten Forschungsprogramms zum Public Health organisiert. Damit deutet sich für die bundesrepublikanische Forschung ein Umdenken in der Forschung zur Prävention an. Zu diesem Prozeß gehört auch eine angestrebte nationale Gesundheits- und Altersberichterstattung.

Forschung zu Aspekten des Versorgungssystems — Forschungsschwerpunkte bezüglich der stationären Akutversorgung werden im wesentlichen auf die medizinischen Fortschritte der nächsten Jahre ausgerichtet sein. Neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten werden das Behandlungsspektrum erweitern und damit auf die strukturelle Zusammensetzung der Kranken ihren Einfluß ausüben. Dabei ist insbesondere die additive Wirkung neuer Verfahren zu berücksichtigen. Substitutive Wirkungen neuer Technologien wurden in der Vergangenheit nur vereinzelt festgestellt. Dies bedeutet für das Krankenhaus einen mengensteigernden Effekt auch im Hinblick auf ältere Patienten (Brenner, 1989). Grundlagen einer zukunftsgerichteten Forschung sind Indikatoren, welche die Krankenhausinanspruchnahme durch ältere Menschen im wesentlichen bestimmen, sind Analysen und Prognosen der Krankenhaushäufigkeit, der durchschnittlichen Verweildauer und des Pflegetagvolumens sowie der Krankenhausmorbidity unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung. Die weitere Forschung hinsichtlich einer angemessenen Versorgung muß sich insbesondere an den besonderen Bedürfnissen des geriatrischen Patienten orientieren sowie am Bedarf einer fachübergreifenden und interdisziplinären Betreuung auf dem Hintergrund einer ganzheitsmedizinischen Betrachtungsweise. Unter diesen Gesichtspunkten muß insbesondere die Versorgung im geriatrischen und gerontopsychiatrischen Bereich in den Mittelpunkt rücken. Denn trotz jüngster Studien (vgl. Lang et al., 1993; Meier-Baumgartner/Görres, 1993) fehlen nach wie vor exakte Kenntnisse über die Anzahl und die Art geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich deren Wirkungsweise in einem Netz stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgungseinrichtungen. Ein wesentlicher Schwerpunkt ist hier die gerontopsychiatrische Forschung. Forschungsdefizite bestehen hier unter anderem in der Identifikation von Risikogruppen, in der Frühdiagnostik beginnender

Demenzen und Depressionen, in der Pharmakotherapie, in multifaktoriellen Einflußfaktoren auf die körperliche und psychische Gesundheit, in gesellschaftlichen Bedingungen, die zur Entstehung von psychischen Erkrankungen im Alter beitragen sowie in der Versorgungsforschung insbesondere regionaler Versorgungssysteme (vgl. Oesterreich, 1993).

Besonders in der Rehabilitation älterer Menschen fällt das Mißverhältnis zwischen dem Forschungsstand und den für die Praxis entwickelten Konzepten einerseits und dem Umfang der bestehenden Rehabilitationsangebote andererseits auf. Die Mängel in der Praxis sind insofern überraschend, als die Rehabilitationsforschung mittlerweile auf eine längere Geschichte zurückblickt, in der zahlreiche empirische Belege für die Rehabilitationspotentiale älterer Menschen und die Rehabilitationserfolge gewonnen wurden. Allerdings wurde in einigen Untersuchungen auch deutlich, daß bei einem Teil der Patienten die in der Klinik erzielten Rehabilitationserfolge nach Entlassung aus der stationären Behandlung nicht stabil sind, so daß hinsichtlich der Bewertung von Rehabilitationsprozessen und ihrer Wirksamkeit im Hinblick auf die psychosozialen Variablen im zeitlichen Verlauf noch ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Dies bezieht sich im wesentlichen auf Effektivitätskriterien: Die Komplexität der zu beobachtenden Zusammenhänge, die schwer quantifizierbaren psychologischen, motivationalen und psychosozialen Einflüsse scheinen die Ursache dafür zu sein, daß noch kein genügend differenziertes und validiertes Indikatoren-system für rehabilitative Verbesserungen vorliegt (vgl. Kane/Kane, 1983; Meier-Baumgartner et al., 1993; Görres, 1992 b).

Des weiteren gibt es in der Bundesrepublik bisher keine ausgebaute Forschung, die die Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung alter Menschen zum Gegenstand hat. Diese Feststellung läßt sich ausdehnen auf die Statistik, die auf diesem Gebiet ebenso unterentwickelt ist. Bezogen auf die Heimbewohner ist der Wissensstand keineswegs besser. Über den Gesundheitszustand bei Heimübersiedlung und über den Gesundheitsverlauf während des Heimaufenthaltes sind keine systematisch erhobenen Daten verfügbar. Da die Behinderungen, die Hilfe im alltäglichen Lebensvollzug bedingen, ebenso wenig bekannt sind, ist keine Aussage möglich über den Behinderungsverlauf, Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit eingeschlossen. Obwohl viele Menschen in den Heimen sterben, gibt es keine diesbezügliche Todesstatistik. Ebenso wenig ist bekannt über Kostenhöhe, Kostenstrukturen und Kostenverläufe sowie optimale Betriebsgrößen von Heimen (vgl. Dieck, 1993).

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte besteht ebenfalls ein erheblicher Forschungsbedarf bezüglich der Etablierung und Evaluation eines praxisorientierten geriatrischen Assessments. Auch Forschungen zu gemeindenahen Konzepten etwa der geriatrischen Rehabilitation unter intensiver Kooperation von Hausärzten, professionellen Hilfen und Institutionen findet derzeit so gut wie nicht statt (Sandholzer/Knochen, 1993).

Die ambulante sozialpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung hat in den letzten 10 bis 15 Jahren zwar relativ mehr Aufmerksamkeit seitens der Forschungsförderung und der Forschung erhalten als etwa die stationäre Altenhilfe. Dennoch ist der Mangel an systematisch und kontinuierlich erhobenen statistischen Daten ebenso eklatant. Diese Kenntnisdefizite beziehen sich auf die Dienstleistungsträger, die Dienstleistungen, das Personal und die Dienstleistungsbezieher. Auch teilstationäre Ergänzungen wie Tageskliniken, Tagespflege und Kurzzeitpflege sind bisher im Rahmen der Evaluationsforschung nur unzureichend untersucht worden.

Schließlich sind auch hinsichtlich der Forschung und Entwicklung für die Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen sowie deren pharmakokinetischer und pharmakodynamischer Besonderheiten kaum Untersuchungen durchgeführt worden (vgl. Kruse, W., 1993), obwohl generell eine Tendenz zur Medikalisierung gesundheitlicher Probleme (Therapieverengung durch weitgehende Verabreichung von Medikamenten) insbesondere bei älteren Menschen zu verzeichnen ist.

7.6 Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung in Gerontologie und Geriatrie ist ein außerordentlich wichtiges Thema, denn besonders in der medizinischen Ausbildung, aber auch in der Kranken- und Altenpflegeausbildung, sind gerontologische und geriatrische Erkenntnisse noch nicht genügend berücksichtigt (Lehr, 1990). Ähnliches gilt für andere in diesem Bereich tätige Berufe.

Vor allem die Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Erkrankungen, insbesondere durch die Zunahme chronisch kranker, hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen verlangt nach anderen Prämissen und einer Umorientierung im ärztlichen und pflegerischen Handeln, denn den inzwischen komplexeren und schwierigeren Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsbildern und den damit verbundenen neuen und höheren Anforderungen an das medizinische und pflegerische Personal kann durch das gegenwärtige, oft am akutmedizinischen Krankheitsbild orientierte Handeln nur noch unzureichend Rechnung getragen werden. Vor allem qualitativ sind neue Aufgaben zu verzeichnen, wie die verstärkte psychosoziale Betreuung der Patienten, die Gesundheitsvorsorge und -beratung, Rehabilitationsaufgaben, Hilfestellung bei der Lebensbewältigung, Verständnis und Kompetenz bezüglich Alltagsproblemen, Kooperations- und Vermittlungsaufgaben und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Betroffen sind auch Veränderungen in den Formen der Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Dienste innerhalb und außerhalb der Einrichtungen, d. h. multiprofessionelles, überinstitutionelles und vernetztes Arbeiten. Damit wird aber deutlich, wie umfassend der medizinische und pflegerische Auftrag

gerade bei chronisch kranken, hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen zu verstehen ist. Neben den rein medizinischen und pflegerischen Dimensionen schließt er auch soziale und existentielle Dimensionen im Sinne einer für das differentielle Bild vom Altern zwingend notwendigen Mehrdimensionalität des Alterns mit ein, denn die Lebensbedingungen und die Lebenswelten älterer Menschen sind komplex, die Bedürfnisse nach emotionaler, sozialer und kompetenzerhaltender Unterstützung, Aufklärung, praktischer Hilfe, Beratung und Hilfe bei der Lebensbewältigung vergleichsweise hoch. Dies gilt erst recht für chronisch kranke, hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen, die sich in Institutionen der gesundheitlichen bzw. pflegerischen Versorgung befinden. Medizinisches und pflegerisches Handeln umfassen somit neben ihrem eigentlichen Auftrag auch den Umgang mit vielschichtigen interpersonellen, familialen, soziokulturellen und ökonomischen Folgeproblemen und ein Verständnis für die häufig sehr komplexen Person-/Umwelt-Relationen (vgl. Görres, 1994 b). Die Aus-, Weiter- und Fortbildung muß dieser Komplexität Rechnung tragen.

7.6.1 Ausgangslage in der Aus-, Weiter- und Fortbildung

Bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung geht es längst nicht mehr nur um die „reinen“ altersrelevanten Beschäftigtengruppen wie etwa Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Leiterinnen und Leiter von speziellen Alteinrichtungen oder um das Heimpersonal insgesamt. Zunehmend sind auch solche Berufsgruppen professionell mit der Lösung von Fragen und Problemen des Alters befaßt, die von ihrer Ausbildung her keine hinreichenden Qualifikationen dafür mitbringen und die auch später in keiner Weise systematisch von altersrelevanter Weiter- und Fortbildung erreicht werden. Dies gilt z. B. für so unterschiedliche Professionen wie das gesamte Krankenpflegepersonal, Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, -pädagoginnen und -pädagogen, die therapeutischen Berufe bis hin zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Verwaltungsbereichen (vgl. Naegele, 1990).

Aus-, Weiter- und Fortbildung für Ärzte — Häufig weist die etablierte Ärzteschaft darauf hin, daß geriatrisches und sogar gerontopsychiatrisches Wissen innerhalb der verschiedenen medizinischen Fachgebiete und Fächer in allen Abschnitten der ärztlichen Ausbildung vermittelt wird. Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß das Medizinstudium nicht explizit und auch nicht verpflichtend auf die Behandlung der Patientengruppe vorbereitet, die später große Teile der Arbeitszeit der Ärzte, sei es der niedergelassenen oder der Krankenhausärzte, in Anspruch nimmt (Tokarski, 1990). Dies gilt insbesondere in bezug auf die Möglichkeiten der geriatrischen Rehabilitation sowie generell auf Aspekte der Langzeit- bzw. Chronikergeriatrie; von erforderlichen

Kenntnissen über die verschiedenen ambulanten Dienste, deren Aufgaben, Schwerpunkte, Möglichkeiten, Personalsituationen usw. ganz zu schweigen. Es kann also nicht verwundern, wenn aus der Praxis immer wieder über Schwierigkeiten bei der Vernetzung des ambulanten, teilstationären und stationären Gesundheitssektors mit den sozial-pflegerischen Diensten berichtet wird — oder, daß ältere Menschen nicht selten nur deswegen ärztlicherseits in ein Pflegeheim eingewiesen werden, weil Ärzte zu wenig über alternative ambulante Versorgungsmöglichkeiten wissen (vgl. Naegele, 1990). Dazu gehören z. B. die Gesundheitserhaltung des alten Menschen im häuslichen Milieu, die längerfristige Überwachung und Betreuung des gesunden alten Menschen im Sinne der Prävention, Gesundheitserziehung im Alter, frühzeitiges Erkennen bisher nicht bekannter Störungen und Erkrankungen (Sekundärprävention), Kenntnis und Berücksichtigung der häuslichen Situation in der Therapieplanung, die Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten sowie die Probleme alter Menschen in Alten- und Pflegeheimen (vgl. Werner, 1990).

Diese Beispiele machen deutlich, daß die Bedeutung der Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Geriatrie in Deutschland von politischer Seite, von den ärztlichen Standes- und Berufsverbänden und von den geriatrischen Fachgesellschaften angesichts der faktischen Entwicklung im Gesundheitsbereich unterschätzt wurde.

Andererseits ist zu bedauern, daß für viele Ärzte, insbesondere die jungen, die Geriatrie als zukunfts-trächtige und sich ganzheitlich verstehende Disziplin auch heute nur einen geringen Reiz hat, d. h., daß sie die Notwendigkeit speziellen Wissens und Engagements beim Umgang mit alten kranken Menschen nicht oder kaum entdecken (vgl. Schütz 1989). Aspekte, denen diesbezüglich eine Bedeutung zukommt, liegen in

- der Erfolgsorientierung der modernen Medizin,
- dem praktisch fehlenden Angebot an Lehre, Weiter- und Fortbildung und
- den bisher immer noch restriktiven Einstellungen der Krankenkassen (vgl. Schütz, 1989).

Vor allem die fehlende Zahl von Vorlesungsangeboten in Geriatrie und Gerontologie und damit die unzureichende Vermittlung von geriatrischem, gerontopsychiatrischem und sozialgerontologischem Wissen in Forschung und Lehre, weist auf den — besonders im Vergleich zu Großbritannien — desolaten Zustand hin. Untersuchungen über geriatrische/gerontologische Lehrangebote an den Universitäten und medizinischen Hochschulen in der Bundesrepublik wurden 1973 von Kaiser, 1983 von Pallenberg und 1988 von Tokarski durchgeführt (vgl. Tokarski, 1990). Im Laufe dieser Zeiträume hat sich ergeben, daß zwar die Zahl der Lehrveranstaltungen insgesamt seit 1973 zugenommen hat; die Zahl der medizinischen Lehrveranstaltungen ist im Vergleich zu anderen gerontologischen Wissenschaften jedoch deutlich geringer. Lediglich 5 von 26 medizinischen Fakultäten wiesen

in der Bundesrepublik geriatrische und vier weitere gerontopsychiatrische Einheiten auf. Über Veranstaltungsangebote an den akademischen Lehrkrankenhäusern liegen keine Zahlen vor. Auch das Curriculum der Medizinstudenten, ebenso wie die Prüfungsfragen, enthalten oder fordern keinerlei substantielle geriatrische Wissensanteile. Dementsprechend sind Vorlesungen und Praktika in Geriatrie und Gerontologie für Medizinstudenten nicht verpflichtend, obwohl es von entscheidender Bedeutung sein dürfte, daß die Medizinstudenten bereit sind, in einer frühen Phase ihrer Ausbildung eine positive Haltung und Einstellung zu den multimorbiden, chronisch kranken alten Menschen zu entwickeln, die sie motivieren kann, sich auch nach abgeschlossenem Studium weiter der Geriatrie zu widmen.

Nicht wesentlich anders ist es in der Gerontopsychiatrie. Da es in der Bundesrepublik Deutschland keinen einzigen Lehrstuhl für Gerontopsychiatrie gibt, nur einzelne Universitäten eine Abteilung oder Sektion für Gerontopsychiatrie eingerichtet haben, und nur ausgewählte ältere Patienten in psychiatrischen Universitätskliniken zur Behandlung aufgenommen werden, ist das Lehrangebot völlig unzureichend. Im Rahmen der Weiterbildung zum Psychiater oder Nervenarzt muß der Arzt sich zwar über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder theoretische Kenntnisse aneignen, braucht aber keine gerontopsychiatrische Praxis nachzuweisen. Dies wird durch die hierarchischen Strukturen der Kliniken unterstützt, deren Klinikleiter sich selten für die Gerontopsychiatrie einsetzen. Da kaum Rotationspläne für Weiterzubildende in den Kliniken existieren, ist die Anzahl der Psychiater, die in der Gerontopsychiatrie gearbeitet haben, gering. Im Entwurf zur neuen Weiterbildungsordnung und deren Richtlinien wird Gerontopsychiatrie beim neuen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie nicht erwähnt. Auch die Alterspsychotherapie ist kein Thema. Kein Ersatz ist die Einführung der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“, da diese sich der psychiatrischen Weiterbildung erst anschließt.

Immerhin darf es als Fortschritt angesehen werden, daß von 1994 an Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie oder Psychiatrie eine „Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie“ mit zweijährigem Curriculum in ermächtigten geriatrischen Spezialeinrichtungen durchlaufen können.

Aus-, Weiter- und Fortbildung in den pflegerischen Berufen — Das Pflegepersonal stellt einen Grundpfeiler in der Versorgung geriatrischer Patienten dar; dessen Anzahl und Qualifikation bei der Versorgung, Pflege und Therapie älterer Menschen bestimmen im hohen Maße den Erfolg der Behandlung.

Bisher sind die Altenpflegerinnen die einzige Berufsgruppe, die gezielt und speziell für den Umgang mit alten Menschen und für die Erbringung der für sie als erforderlich und sinnvoll erachteten sozial-pflegerischen und pflegerischen Leistungen ausgebildet sind. Neben den Altenpflegerinnen sind aber auch die Krankenpflegeberufe Professionen mit hoher Relevanz für ältere Menschen. Allerdings schlägt sich dies

weder in der theoretischen noch in der praktischen Ausbildung hinreichend nieder. Bezogen auf die Ausbildung zur Krankenschwester oder zum Krankenpfleger gilt z. B., daß die Pflege älterer Menschen nur ein Unterpunkt unter vielen ist und daß im praktischen Ausbildungsteil nicht nur rehabilitative Ziele weitgehend vernachlässigt werden, sondern auch kaum auf den besonderen Umgang mit älteren Patienten hin ausgebildet wird (vgl. Bäcker et al., 1989). Altenpflege, besonders aber die Krankenpflege, müssen also ihr Konzept der Pflegepraxis auf eine breitere, durch geriatrische und gerontologische Wissensinhalte angereicherte Basis stellen, um die Diskrepanzen zu berücksichtigen, die zwischen den einerseits gestiegenen Anforderungen im expandierenden Handlungsfeld Pflege und andererseits den bisher fehlenden Ausbildungsanteilen in der Erstausbildung — zumindest in der Krankenpflege — bestehen und sich in einem Defizit in der Praxis niederschlagen.

Berücksichtigt werden muß, daß die Pflege und Betreuung alter Menschen das Vorhandensein komplexer und anspruchsvoller Qualifikationen erfordert. Dazu zählen neben Fachkenntnissen für den Umgang mit schwerkranken, psychisch veränderten und sterbenden älteren Menschen und der Berücksichtigung präventiver, aktivierender und rehabilitativer Maßnahmen eine Vielzahl psychischer und sozialer Kompetenzen für den Umgang mit alten Menschen und ihren Angehörigen, mit Kollegen und Vorgesetzten sowie zur Auseinandersetzung mit den vorgefundenen Arbeitsbedingungen (vgl. Kühnert/Naegele, 1992).

In der Diskussion um eine Absicherung der Pflegequalität stehen also vielfach inhaltliche Überlegungen im Vordergrund. Dabei ist jedoch auch zu berücksichtigen, daß zur Leistungserbringung eine ausreichende Anzahl fachlich qualifizierter Mitarbeiter zur Verfügung stehen müssen. Dem steigenden Bedarf steht jedoch eine abnehmende Zahl für die Pflege zur Verfügung stehender Personen gegenüber. In Dänemark ist etwa 1 v. H. der Gesamtbevölkerung professionell in der Altenhilfe tätig, in der Bundesrepublik Deutschland etwa ein Viertel Prozent. Legt man dänische Richtwerte zugrunde, dann wären in der Bundesrepublik 600 000 berufliche Helfer in der Altenhilfe, tatsächlich sind es nur etwa 150 000. Noch vor fünf Jahren genügte es, wenn 3,8 v. H. der 17- bis 18jährigen Mädchen und Jungen eines Jahrgangs den Krankenpflegeberuf ergriffen. Heute müssen schon 5,9 v. H. der Mädchen und 0,8 v. H. der Jungen in die Krankenpflege gehen, damit die gleiche Zahl an Krankenpflegeschülern erreicht wird. Sinkende Geburtsraten haben in den letzten 25 Jahren dazu geführt, daß immer weniger Nachwuchskräfte für dieses Arbeitsfeld zur Verfügung stehen. Bei den Altenpflegeschülern wird es nicht möglich sein, aus den schwächer werdenden Jahrgängen der 17- bis 18jährigen in nennenswerter Anzahl Schüler für die Altenpflege zu gewinnen, denn die meisten Altenpflegeschüler rekrutieren sich aus älteren Jahrgängen. Alle Versorgungsbereiche eingeschlossen, also ambulante, teilstationäre und Heimsektor, fehlt es derzeit nach Schätzungen des KDA allein in den alten Bun-

desländern an mindestens 100 000 Pflegefachkräften, gemessen an internationalen Vergleichsstandards sogar an 400 000. Mit anderen Worten: Dem derzeitigen Ist-Zustand von rund 200 000 Beschäftigten in allen drei Sektoren in den alten Bundesländern steht derzeit ein Bedarf von — je nach Standard — zwischen 300 000 und 600 000 Pflegefachkräften gegenüber (Rückert, 1991).

Aus diesen Angaben wird auch deutlich, wie dringend erforderlich die Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes zur Gewinnung von Nachwuchskräften ist, unter anderem durch Verbesserungen von Aus-, Weiter- und Fortbildung. Gemessen an diesem Anspruch und dem erkennbaren Qualifikationsbedarf sind die derzeitigen Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten in vielen Bereichen als defizitär einzuschätzen. Dies bezieht sich sowohl auf die inhaltlich curriculare Gestaltung als auch auf die Rahmenbedingungen, unter denen sie sich vollziehen.

Die gegenwärtige Altenpflegeausbildung ist beispielsweise durch eine fehlende bundesweite Vereinheitlichung insbesondere hinsichtlich der Ausbildungsdauer, der Gewichtung einzelner Ausbildungsinhalte, der Zukunftsvoraussetzungen und ihrer Finanzierung gekennzeichnet. Weiterhin fehlen in fast allen Bundesländern vorbildliche Vorgaben für die fachliche und berufspädagogische Qualifizierung der Lehrkräfte an Fachseminaren und der Anleiter im Berufspraktikum, da die Ausbildung — mit Ausnahme des Bundeslandes Hamburg — nicht nach dem Berufsbildungsgesetz geregelt ist. Damit ist auch der Erwerb eines weiterführenden Schulabschlusses nicht möglich, der die geforderten beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten eröffnet.

Ähnlich wie in der Ausbildung beziehen sich auch die erkennbaren Defizite der Weiter- und Fortbildung auf Angebotsinhalte wie auf Rahmenbedingungen. Die Unterscheidung zwischen Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen ist undeutlich und aus Programmausschreibungen vielfach nicht erkennbar. Zunehmend wird es schwieriger, die Weiter- und Fortbildungslandschaft und das breite Spektrum der Anbieter solcher Maßnahmen zu überblicken. Darüber hinaus gibt es bislang noch keine angemessenen Kriterien zur Einschätzung und Beurteilung der Qualität von Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen, abgesehen von einer sehr allgemeinen „Checkliste“ zur Qualität beruflicher Weiterbildung, die erst vor kurzem vom Bundesinstitut für Berufsbildung entwickelt worden ist (BIBB, 1991).

Ein erster Schritt zur Behebung dieser noch defizitären Bildungsinfrastruktur ist in der bundesweiten Erfassung des derzeitigen Weiter- und Fortbildungsangebots für Mitarbeiter in der Altenarbeit zu sehen, die die Forschungsgesellschaft für Gerontologie in Dortmund in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe für das Jahr 1991 durchgeführt hat (vgl. Koch/Kühnert, 1992; Kühnert, 1993; KDA, 1993): Es konnten für das Jahr 1991 bundesweit 396 Weiterbildungs- und 2809 Fortbildungsangebote ermittelt werden, zusammen also 3 205. Von diesen 3 205 Maßnahmen wurden 3 019 (94,2 v. H.) von freien Trägern angeboten, 90 (2,8 v. H.) von öffentli-

chen und 96 (3,0 v. H.) von kommerziellen Einrichtungen. Weiter- und Fortbildung findet in erster Linie auf regionaler Ebene statt, d. h. Träger, die ihr Angebot überregional ausschreiben, sind eher die Ausnahme. Im Hinblick auf den Sitz der Träger und ihre Verteilung auf das Gebiet der alten Bundesländer kann nach den jetzt vorliegenden Ergebnissen nicht mehr von fortbildungsfreien Regionen oder „Weiterbildungseinöden“ (vgl. Schmidt, 1989) gesprochen werden.

Die Weiterbildung befindet sich fast ausschließlich in der Hand freier Träger, besonders der Wohlfahrtsverbände und der gewerkschaftlichen Bildungswerke. Maßnahmen zur Funktions-Weiterbildung sind quantitativ stärker vertreten als die Fach-Weiterbildungen. Die Weiterbildungsangebote orientieren sich weitgehend an Aufgaben und Funktionen in stationären Einrichtungen. Deutlich wird dies bei dem sehr geringen Qualifizierungsangebot für die Leitung von Sozialstationen oder die Gemeinde-(Alten-)Pflege. Vor dem Hintergrund, daß die Weiterbildungsmaßnahmen nicht losgelöst von den gegenwärtigen und zukünftigen Arbeitsfeldern der Altenhilfe betrachtet werden können, sondern zielgerichtet die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Übernahme bestimmter Funktionen und die Bewältigung bevorstehender Aufgaben vorbereiten sollen, wird offensichtlich, daß das derzeitige Angebot an Qualifizierungsmaßnahmen den beobachteten bzw. zu erwartenden Veränderungen und Entwicklungen in der Altenhilfe bislang noch nicht gerecht wird. So müßte sich z. B. ein Ausbau ambulanter Einrichtungen vor dem der stationären auch in entsprechenden Weiterbildungsangeboten niederschlagen, was jedoch aufgrund der vorliegenden Zahlen nicht nachzuweisen ist.

Die Fortbildung von Mitarbeitern in der Altenpflege findet hauptsächlich in Form von mehrtägigen Seminaren statt. Die meisten Veranstaltungen sind generell offen ausgeschrieben für Interessierte und richten sich nicht an eine bestimmte Zielgruppe. Bei den Themen zeigen sich deutlich Schwerpunkte im institutionellen und pflegerischen Bereich, auf die sich etwa 50 v. H. der Fortbildungsveranstaltungen beziehen. An dritter Stelle stehen Angebote zum psychosozialen Bereich (11 v. H. u. mehr) vor denen zum sozialgerontologischen.

Defizite bestehen hinsichtlich der Angebote zur Qualifizierung für den Umgang mit psychisch veränderten alten Menschen. Obwohl Angebote zu dieser Thematik in den ausgeschriebenen Veranstaltungsankündigungen vergleichsweise häufig vertreten sind, ist es fraglich, ob angesichts des bestehenden Versorgungsbedarfs die Angebotshäufigkeit ausreichend ist. Hinzu kommt, daß gerontopsychiatrische Pflege auch im ambulanten Bereich unter Einbezug von Angehörigen und Laienhelfern zu leisten ist. Auch hier sind Mitarbeiter zu qualifizieren, wobei ein Schwergewicht bei der Vermittlung von Kompetenzen zur Bewältigung der sich aus dem Umgang mit psychisch veränderten alten Menschen ergebenden Belastungen liegen sollte.

Angesichts der bestehenden Ausbildungsdefizite im Bereich der präventiven Pflege und geriatrischen Rehabilitation sind diesbezüglich verstärkt Weiter-

und Fortbildungsmöglichkeiten zu fordern, um präventive und rehabilitative Pflege realisieren zu können. Bisher besteht allerdings nur im Bundesland Hamburg eine gesetzlich geregelte Möglichkeit zur gemeinsamen Weiterbildung von Alten- und Krankenpflegekräften in geriatrischer Rehabilitation in einem einjährigen Vollzeitlehrgang (Medizinisch-geriatrische Klinik, Albertinen-Haus, Hamburg). Darüber hinaus gibt es ein weiteres Angebot einer Fachweiterbildung für medizinische Rehabilitation und Geriatrie in Hannover mit einem erheblich geringeren Stundenumfang sowie ein als Baukastensystem konzipiertes Weiterbildungsangebot des DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) in Essen, das als zwei- oder als vierjähriger Lehrgang absolviert werden kann. Eine der Vereinheitlichung dienende gesetzliche Regelung diesbezüglicher Weiterbildungsmaßnahmen steht jedoch in fast allen Bundesländern noch aus.

Ein effektiver Einsatz verfügbarer Personalressourcen setzt das Vorhandensein von Management- und Führungskompetenzen bei Leitungskräften voraus. Hier bestehen erhebliche Defizite etwa in der Ausbildung zum Heimleiter; ähnlich defizitär und heterogen stellen sich auch die Angebote für Leitungskräfte auf der mittleren Ebene, d. h. für Gruppen- und Stationsleitungen, dar sowie für Weiterbildungen zur Pflegedienstleitung. Hinzu kommt, daß die Qualifizierung von Pflegedienstleitungen und Heimleitungen sowie Leitungen von Sozialstationen an Weiterbildungsinstitutionen weder den sich stellenden Anforderungen noch den Qualifizierungsstandards anderer europäischer Länder entsprechen (vgl. Kühnert, 1993).

Schließlich ist auch das Fortbildungsangebot für nicht examinierte Pflegekräfte als äußerst defizitär und bisweilen problematisch zu beurteilen, wenn auch einzelne Studien auf erfolgreiche Rekrutierungs- und Qualifizierungsprogramme verweisen, wie etwa im sogenannten „400er-Stationshilfen-Programm“ in Hamburg (vgl. Damkowski et al., 1993).

Aus-, Weiter- und Fortbildung anderer Berufsgruppen — Im Hinblick auf andere in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen tätige Berufsgruppen bleibt es mehr dem Zufall überlassen, als daß es Ausfluß curricularer Vorgaben wäre, ob etwa angehende Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen, Therapeutinnen oder Verwaltungsmitarbeiterinnen (männliche Kollegen eingeschlossen) während ihrer Ausbildung gerontologisch relevante Grundkenntnisse, Informationen, Arbeitsmethoden etc. kennenlernen. Diese Zufälligkeiten liegen neben regionalen Besonderheiten vor allem in den Interessen einzelner Dozentinnen und Dozenten. Diese sind — sofern es den Hochschulbereich betrifft — in aller Regel nicht etwa für Gerontologie und Altenarbeit berufen, sondern für die sogenannten Haupt- und Pflichtfächer. Die Angebote bleiben im großen und ganzen nach wie vor punktuell. Die systematische Entwicklung gerontologischer Studienangebote, ebenso wie Weiter- und Fortbildungsangebote, hinken in der Bundesrepublik Deutschland deutlich hinter der Ausweitung anderer Angebote hinterher (vgl. ausführlich Tokarski, 1989; KDA, 1993; Karl/Schmitz-Scherzer, 1994).

7.6.2 Fazit und Zukunftsperspektiven

Zielsetzung der Aus-, Weiter- und Fortbildung ist es, die Gerontologie bzw. Geriatrie so in den Fachdisziplinen und Ausbildungsgängen zu institutionalisieren, daß Grundqualifikationen im Sinne von Schlüsselqualifikationen vermittelt werden können, die die betreffenden Berufsgruppen auch zum fachlich angemessenen Umgang mit älteren Patienten und Klienten befähigen, dabei auch eine bewußte Zuwendung zu den betroffenen älteren Menschen ermöglichen sowie die klassischen Folgeprobleme eines unzureichend vorbereiteten Einsatzes in der Altenhilfe wie Frustrationen, vorzeitigen Rückzug oder gar Aggressivität bis hin zu Gewalt verringern oder gar zu verhindern helfen (Naegele, 1990). Über die Ausbildung hinaus haben Weiter- und Fortbildung in Gerontologie und Geriatrie nicht nur die Funktion, früher einmal erworbenes Fachwissen aufzufrischen, zu vertiefen oder durch neue Wissensbestandteile zu ergänzen. Hinzu kommt, altpolitisch relevanten Berufsgruppen ohne systematische Vorkenntnis noch gar nicht vorhandene Grundkenntnisse nachträglich zu vermitteln.

Diesbezüglich haben sich die Weiter- und Fortbildungsangebote in Gerontologie und Geriatrie allein in dem Zeitraum 1980 bis 1985 und 1985 bis 1988 durchschnittlich jeweils verdoppelt. Diese Steigerungsraten signalisieren jedoch nicht einen bundeseinheitlichen Trend. Dazu kommt, daß angesichts der recht desolaten Forschungslage auf diesem Sektor die Beurteilung des derzeitigen Weiter- und Fortbildungsbedarfs problematisch ist. Einerseits gibt es für das Gebiet der alten Bundesländer bislang noch keine verlässlichen Angaben über die Qualifikation der Mitarbeiterinnen in Einrichtungen der Altenhilfe. Andererseits geben vorläufige Prognosen für den zukünftigen Bedarf an Pflegepersonal kaum Auskunft über die notwendigen Qualifikationen und über zu erwartende Qualifikationsanforderungen, sondern lediglich über den quantitativen Bedarf: Einer Analyse des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsordnung zufolge (vgl. Kühlewind, 1992) muß allein zur Erhaltung des bestehenden Versorgungsbestands von acht Pflegekräften auf 1 000 über 65jährige die Zahl der in der Altenpflege Beschäftigten von derzeit etwa 80 000 auf 110 000 im Jahre 2030 steigen. Die Personalsituation verschärfend kommt hinzu, daß als Folge der zwischenzeitlich stattfindenden Arbeitszeitverkürzungen die je Mitarbeiter und Jahr zur Verfügung stehende Jahresarbeitszeit sich allein im Zeitraum von 1970 bis 1987 um etwa ein Drittel reduziert hat (vgl. Rückert, 1992). D.h., zur Erfüllung der gleichen Aufgaben wird mehr Personal benötigt. Bezieht man die durch das veränderte Krankheitsspektrum insbesondere in der zahlenmäßig zunehmenden Gruppe der über 80jährigen verstärkter anfallenden Pflege- und Betreuungsleistungen in die Ermittlung des Personalbedarfs mit ein, so ist nach Schätzungen von Prognosen von einem weiteren Personalmehrbedarf von etwa 6 v. H., d. h. von 32 000 Planstellen auszugehen (Prognos, 1991). Gegenläufig zum Bedarf wird in der Krankenpflege, der Prognoseberechnung zufolge, von einem Rückgang der Nachwuchskräfte um 12 v. H. ausgegangen. Für die Altenpflege ist angesichts der Strukturähnlichkeit beider Berufsfelder von

ähnlichen Größenordnungen auszugehen. Gesonderte Berechnungen liegen jedoch nicht vor (vgl. Rückert, 1991) (vgl. Tab. 77):

Tabelle 77

Entwicklung des notwendigen Anteils der Schulanfängerinnen in Alten- und Krankenpflegeschulen an der Stärke des jeweiligen Jahrgangs der 17- bis 18jährigen

	Schulanfänger					
	Krankenpflege			Altenpflege		
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
	Anzahl (1987):			Anzahl (1989):		
	18 800	2 560	6 130	960		
Stärke des Jahrganges der 17- bis 18jährigen	Anteil am jeweiligen Jahrgang der 17- bis 18jährigen					
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Jahr	Anzahl in 1000		v. H.	v. H.	v. H.	v. H.
1985	498	519	3,8	0,49	1,23	0,18
1987	424	447	4,4	0,57	1,45	0,21
1990	316	333	5,9	0,77	1,94	0,29
1992	287	301	6,6	0,85	2,14	0,32
1994	280	295	6,7	0,87	2,19	0,33
1996	271	287	6,9	0,89	2,26	0,33
1998	297	312	6,3	0,82	2,06	0,31
2000	294	310	6,4	0,83	2,09	0,31
2002	284	300	6,6	0,85	2,16	0,32

Quelle: Rückert, 1991.

Insofern kann die Frage, welche und wieviel Weiter- und Fortbildung erforderlich ist, um das derzeit tätige und zukünftig benötigte Personal bedarfsgerecht zu qualifizieren, nicht hinreichend beantwortet werden. Allerdings lassen sich in der Literatur vereinzelt Indikatoren zur Annäherung an den vermeintlichen Bedarf finden: Nach Karl können vier verschiedene Perspektiven unterschieden werden, aus denen heraus Fortbildungsbedarf ermittelt werden kann (Karl, 1990). Im einzelnen ist dies der Bedarf aus Sicht der Träger von Einrichtungen und Diensten, der Mitarbeiterinnen selbst, der Fortbildungsinstitutionen und nicht zuletzt der zu betreuenden älteren Menschen, denen die Qualifikation des Personals schließlich zugute kommt, wobei besonders dieser Aspekt in der öffentlichen Diskussion bislang weitgehend unberücksichtigt geblieben ist.

Bedarf kann sich jedoch nicht nur an der gegenwärtigen Situation orientieren, sondern muß darüber hinaus zukunftsweisende Entwicklungen und Innovationen auf dem Gebiet der Altenarbeit in angemessener

Weise berücksichtigen. Ein zentrales Problem stellt zur Zeit die Mitarbeitergewinnung für die nächsten Jahre dar. Aufgrund der demographischen Entwicklung in der Bundesrepublik müssen verstärkt Maßnahmen ergriffen werden, neue Mitarbeiterinnen für die Aufgaben zu gewinnen und die bereits tätigen dahingehend zu unterstützen, daß sie in ihrem Beruf verbleiben. Von seiten derzeit Berufstätiger und ehemaliger Pflegekräfte werden neben der Arbeitsplatzgestaltung und besserer Bezahlung in verbesserten Fortbildungsmöglichkeiten und Wiedereinstiegsmöglichkeiten, insbesondere für Frauen nach der „Familienphase“, gute Chancen gesehen, die Attraktivität des Arbeitsfeldes „Pflege“ zu erhöhen. Bemerkenswert ist, daß demgegenüber der Supervision für Pflegekräfte nur eine geringe Bedeutung zur Attraktivitätssteigerung zugeschrieben wird (vgl. BMA-Forschungsbericht, 1989; zusammenfassend: Kühnert, 1993).

Die bislang immer noch in vielen Bereichen unbefriedigende Arbeitssituation des Pflegepersonals in der Alten- und Krankenpflege sowie deren Folgen — Pflegenotstand und Burnout-Syndrom — erfordern darüber hinaus Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen zur Reorganisation betriebsinterner Strukturen in stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen. Ein neuer innovativer Ansatz wird zukünftig in der Einrichtung von Qualitätszirkeln gesehen. Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege stellen zusammengefaßt den Versuch dar, unter Einbeziehung des Pflegepersonals mit dessen oft langjähriger Erfahrung gesundheitsfördernde, qualifizierende, innovative und qualitätssichernde Aspekte zu thematisieren und bei Veränderungen mitzuwirken, so daß die Pflegepersonen gewissermaßen Experten in eigener Sache werden. Mit dem Instrument „Qualitätszirkel“ wird darüber hinaus ein partizipativer Ansatz verfolgt, der dazu beitragen soll, das Pflegepersonal systematisch in Entscheidungs- und Steuerungsprozesse von Versorgungseinrichtungen mit einzubeziehen, um damit neue Arbeitsstrukturen, neue Formen der Interessenartikulation und neue Wege zur Entfaltung eines bisher relativ unberücksichtigt gebliebenen kreativen und innovativen Potentials zu entwickeln. Dies soll u. a. zu mehr individueller Autonomie, zur Erschließung neuer Handlungsspielräume mit Einflußmöglichkeiten, zu höherer Arbeitszufriedenheit, innerbetrieblichen Qualifikationsmöglichkeiten, gesundheitsfördernden Verhaltensweisen und der Ausprägung einer „Corporate Identity“ des Pflegepersonals und damit zur Qualitätssicherung in der Alten- und Krankenpflege und Effektivierung einer patientenorientierten Versorgung beitragen (vgl. Görres, 1992 a, d und 1994 a).

Im medizinischen Bereich muß festgestellt werden, daß die Geriatrie an medizinischen Fakultäten nach wie vor allenfalls punktuell vertreten ist. Dies gilt für die Forschung ebenso wie für die Lehre. Die vorhandenen Angebote sind qualitativ und quantitativ außerordentlich unterschiedlich. Eine Ursache dafür ist die Tatsache, daß keine einheitlichen Curricula existieren, auf denen geriatrische Lehrveranstaltungen aufbauen könnten. Auf der anderen Seite existieren vorbildliche Vorschläge und Modelle zur Ausbil-

dung der Medizinstudenten auf dem Gebiet der Geriatrie in anderen europäischen Ländern: England, Schweiz, Frankreich und Italien, wo die klinische Geriatrie nahezu an allen Fakultäten institutionell vertreten ist und wo auf die Ausbildung in diesem Fach besonderer Wert gelegt wird. Erfahrungen in Großbritannien lassen sich in drei Kernaussagen zusammenfassen:

- Die Geriatrie in Großbritannien verfügt als voll etablierte Fachrichtung über eine ausgezeichnete krankenhausesübergreifende Infrastruktur und gewährleistet damit eine Versorgung des älteren Patienten über das internistische Krankheitsbild hinaus, auch wenn die Versorgung in ihrer Qualität nicht durchgängig optimal ist.
- Durch die Einbindung der Lehre in den Krankenhausalltag wird eine gründliche medizinische Aus- und Weiterbildung in der Geriatrie gewährleistet.
- Durch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gewinnen psychosoziale Aspekte an Gewicht. Die Prävention und Gesundheitsförderung werden aufgewertet und eine Beschäftigung mit dem alten Patienten in rein kurativer Absicht vermieden (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie, 1990).

Angesichts der erheblichen Defizite auf dem Gebiet der Ausbildung in Geriatrie sind die geriatrischen Gesellschaften dazu aufgefordert, Ausbildungsmodelle zu entwickeln, die die Gegebenheiten unseres Gesundheitssystem und unseres Hochschulwesens berücksichtigen. Voraussetzung dafür ist, daß an den Universitäten und medizinischen Hochschulen geriatrische Forschungseinrichtungen und Forschungsmöglichkeiten etabliert werden. Die medizinischen Fakultäten müssen dazu gebracht werden, diese Vorstellungen zu übernehmen und die Ausbildung in klinischer Geriatrie in den Studiengang Medizin zu integrieren. Wenn es nicht gelingt, die geriatrische Ausbildung im Studiengang des Mediziners qualitativ und quantitativ ausreichend zu verankern, kann auf Dauer keine Weiterentwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik erwartet werden (vgl. Werner, 1990). Ähnliches gilt auch für die Gerontopsychiatrie. Im Rahmen der medizinischen Ausbildung wird bisher kein ausreichendes Wissen in der Gerontopsychiatrie vermittelt, auch wenn die Möglichkeiten zur gerontopsychiatrischen Weiterbildung in den letzten Jahren insgesamt zugenommen haben. Eine Verbesserung des Lehrangebots in Gerontopsychiatrie für Studenten der Humanmedizin wird sich nur dann erreichen lassen, wenn sich die Universitätspsychiatrie mehr mit psychisch kranken Älteren beschäftigt, diesbezüglich ausgebildete Lehrer hauptamtlich in der Gerontopsychiatrie tätig sind und Lehrstühle für Gerontopsychiatrie eingerichtet werden (vgl. Hirsch, 1993).

Die Situation in der Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie hat insgesamt zur Folge, daß bei zunehmender Zahl geriatrischer Versorgungseinrichtungen die Oberarzt- und Chefarztstellen, aber auch die Institutionen der Langzeitversorgung älterer Menschen, zukünftig nicht mehr mit entsprechend qualifizierten Medizinern besetzt

werden können, wenn Geriatrie und Gerontopsychiatrie nicht als selbständige Fächer in der Forschung und Lehre in allen medizinischen Fakultäten und Hochschulen der Bundesrepublik etabliert werden. Nur auf dieser Basis wird es möglich sein, auch in Zukunft qualifizierte Ärzte in ausreichender Zahl für die medizinische Versorgung älterer Menschen heranzubilden (vgl. Werner, 1990).

7.7 Politische Forderungen und Handlungsbedarf

Demographische Entwicklung, erhöhte Lebenserwartung, der Strukturwandel des Alters und veränderte Lebensbedingungen lassen die gesundheitliche Situation älterer Menschen nicht ohne weiteres als einheitliches und einfach zu überschauendes Bild erscheinen. Politisches Handeln, welches die Älteren von vorne herein als homogene Gruppe begreift, muß daher bereits im Ansatz scheitern, den gesundheitlichen Erfordernissen gerecht zu werden. Die Vielschichtigkeit und komplexe Struktur der gesundheitlichen Situation erfordern vielmehr ein differenziert abgestimmtes politisches Handeln, und zwar in allen Politikbereichen, das für die Bundesrepublik Deutschland gemeinsam von Bund, Ländern und Kommunen gestaltet werden muß. Die nachfolgenden Forderungen für die nächsten Jahrzehnte bieten vor dem Hintergrund der zuvor erarbeiteten Ist-Situation und den daraus abgeleiteten Trends eine breite Basis für den zukünftigen Planungs- und Handlungsbedarf. Die sich dabei abzeichnenden Prioritäten verstehen sich gleichzeitig auch als Kriterien und Handlungsdiagnostik zukünftiger Maßnahmen und Programme zur Qualitätssicherung bezüglich der gesundheitlichen Situation, Versorgung und Betreuung älterer Menschen.

7.7.1 Verbesserte Gesundheits- und Altersberichterstattung

Das globale Ziel einer langfristig angelegten Gesundheitspolitik für ältere Menschen ist letztlich die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und — damit verbunden — die Steigerung ihrer Lebensqualität. Für ein zielgerichtetes politisches Handeln im Spannungsfeld zwischen gesundheitlicher Versorgung und Ökonomie benötigt die Politik aktuelle Informationen, die auf bestehende Problemsituationen hinweisen, aufklärend wirken, die gesundheitspolitische Diskussion und die Programmentwicklung fördern, sowie nationale Entscheidungs- und Bewertungsprozesse unterstützen helfen. Dazu gehören Untersuchungen zur Morbiditätsentwicklung, zum Auftreten von Behinderungen/Beeinträchtigungen auf breiter Basis und zur nachfolgenden Veränderung des Gesundheitsstatus' im Hinblick auf Krankheitsfolgen und Beeinträchtigungen in der Selbstversorgungsfähigkeit.

Zu fordern ist der Aufbau einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung, bezogen auf Krankheitsarten, Krankheitsfolgen, Behinderungen, Regionen und Bevölkerungsgruppen. Damit sollen unter anderem

ökonomische und medizinische Orientierungsdaten vorgelegt werden, die eine über die einzelnen Versorgungsbereiche hinausreichende Betrachtung erlauben und die auch Entscheidungshilfen für Parlamente und Öffentlichkeit bieten. Nach wie vor fehlt aber eine Gesamtschau der Berichterstattung, fehlen Schnittstellen zu den jeweiligen Bereichen des gesundheitlichen Geschehens.

Zur Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung muß ein Konzept entstehen, das es erlaubt, medizinische, soziale und ökonomische Sachverhalte und Entwicklungen in einem Zusammenhang zu sehen und zu beschreiben. Gleichzeitig muß es zum schrittweisen Aufbau einer Dateninfrastruktur kommen, die auch der epidemiologischen Forschung als valide Informationsgrundlage dient. Eine Gesundheitsberichterstattung soll dabei auch ordnungspolitisch neutral sein und vordringlich eine Öffentlichkeitsfunktion erfüllen. Das Berichtssystem muß so aufgebaut sein, daß laufend

- der Gesundheitszustand der Bevölkerung,
- die gesundheitlichen Risiken bzw. soziodemographischen Risikogruppen,
- die ungleiche Verteilung gesundheitsfördernder Chancen,
- die Krankheitsfolgen, Behinderungen und Beeinträchtigungen in der Selbstversorgungsfähigkeit,
- der Standort und die Entwicklungslinien der gesundheitlichen Versorgung und die Ressourcen des Gesundheitswesens,
- die Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitswesens und
- die Kosten und die Finanzierung des Gesundheitswesens aufgezeigt werden können.

Durch zeitliche, regionale und sachliche Vergleiche soll der politische Handlungsbedarf dargelegt und eine informelle Grundlage für eine rationale und themenbezogene Diskussion geschaffen werden. Die Gesundheitsberichterstattung soll dabei insbesondere den Anforderungen des Bundes entsprechen, aber bezüglich einer ökonomischen Zusammenarbeit auch die Länder mit einbeziehen sowie internationale Vergleiche (etwa unter den EU-Mitgliedstaaten) berücksichtigen.

Insgesamt betrachtet sind auf der politischen Ebene weitere Anstrengungen notwendig, damit der Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren bessere Informationsgrundlagen auch im Hinblick auf die gesetzliche Aufforderung zur Qualitätssicherung zur Verfügung stehen und die Bundesrepublik Deutschland allmählich an den gesundheitlichen Informationsstand anderer westlicher Länder Anschluß findet.

Ein weiteres Instrument, um einen kontinuierlichen Wissensfluß bezogen auf die Lebenssituation älterer Menschen und ihrer Entsprechung durch verfügbare relevante Dienste zu gewährleisten, ist die Etablierung einer routinemäßigen Altersberichterstattung. Die Altersberichterstattung wäre nicht nur eine konkrete Maßnahmenplanung in der und für die Altenpolitik, sondern soll auch den Versuch unternehmen,

Veränderungen in den Orientierungen, Einstellungen, Zielsetzungen und Lebensbedingungen von Alterskohorte zu Alterskohorte und für jede Alterskohorte im Zeitablauf zu erfassen und Veränderungen in der Alterspopulation selbst eine höhere Aufmerksamkeit entgegenzubringen — so etwa durch Hinzuziehung von Daten aus Einwohnermeldeämtern usw., z. B. bezogen auf Eintritt und Dauer der Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus soll die Altersberichterstattung auch der Überprüfung konkreter Maßnahmen im Sinne einer Bewertung und schließlich ebenso wie die Gesundheitsberichterstattung der Qualitätssicherung dienen.

7.7.2 Forderungen politischer Maßnahmen für das Altwerden von jung an Behinderter

Die Zahl mit einer Behinderung alternder Personen hat kontinuierlich zugenommen. Daher werden sich in Zukunft Probleme bei der Versorgung geistig und körperlich Behinderter ergeben. Zur zukünftigen politischen Handlungsstrategie gehört deshalb ein durchgängiges System der Hilfe, das über individuelle Lösungsansätze hinausgeht. Die Lücke zwischen dem aktuellen sowie dem zukünftigen Bedarf an Hilfen für die Versorgung behinderter alter Menschen sowie älter werdender, von jung an behinderter Menschen und den zur Verfügung stehenden Mitteln ist zu groß, als daß sie allein auf herkömmliche Weise durch additiven Auf- und Ausbau einschlägiger Dienste und Einrichtungen zu schließen wäre.

Um ein qualitativ hinreichendes Niveau der Lebensqualität und der Versorgung gewährleisten zu können, müssen die Lebensbereiche, in denen Behinderte sozial eingebunden sind, möglichst erhalten und Brüche im Lebenslauf vermieden, gleichzeitig aber die Anforderungen an sie modifiziert werden. Daraus folgt ein gewaltiger Handlungsbedarf für die Politik; bereits heute müssen Weichenstellungen für die Zukunft vorgenommen werden. Neue Konzepte müssen vorrangig für folgende Bereiche entwickelt werden:

- Im Rahmen präventiver Maßnahmen müssen die Diagnosemöglichkeiten ausgebaut werden, so daß eine entstehende Behinderung schon im Frühstadium (Pränatalstadium) erkannt und entsprechend behandelt werden kann. Darüber hinaus muß die Förderung der psychischen und körperlichen Aktivität älter werdender, von jung an Behinderter als wichtige Altersprophylaxe angesehen werden.
- Im Hinblick auf berufliche Integration bedarf es verbesserter Schulungs-, Bildungs- und Arbeitsmarktkonzepte sowie der Sicherung eines möglichst hohen Bildungs- und Ausbildungsniveaus, da hierdurch die berufliche Integration erleichtert wird. Behinderte definieren ihren gesellschaftlichen Status häufig wesentlich stärker durch ihre berufliche Leistung als Nichtbehinderte. Für Behinderte in tagesstrukturierenden Einrichtungen („Werkstätten für Behinderte“) müssen Werkstatt- und Wohnmöglichkeiten stärker aufeinander abgestimmt sein.

- Neben einer sinnvollen Beschäftigung müssen darüber hinaus neue Formen aktivierender Betreuung wie Freizeit- und Bildungsangebote auf freiwilliger Basis (sog. tagesstrukturierende Maßnahmen) gefordert werden. Dazu gehört auch die grundsätzliche Öffnung von Vereinen und Freizeitsstätten für Behinderte sowie die finanzielle und rechtliche Förderung gemeinsamer Aktivitäten Behinderter und Nichtbehinderter auf allen Ebenen.
- Der Übergang in den Ruhestand stellt insbesondere für behinderte Menschen eine belastende Situation dar, die in einen Status führt, der wegen seiner Funktionslosigkeit weitgehend selbst gestaltet werden muß. Die Berufsaufgabe bedeutet oft eine Einbuße an sozialer Integration. Es müssen also eine offene Anpassung des Arbeitsgeschehens, flexible Lösungen für das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß sowie Ersatzrollen gefunden werden (Teilzeitarbeit/Teilrente).
- Wenn Werkstattarbeit mehr mit Tagesstrukturierung als mit Erwerbstätigkeit gleichgesetzt werden kann, darf sie nicht durch „zwangsweise Berentung“ verloren gehen, auch wenn sie im Einzelfall aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise verloren gehen muß.
- Wenn schon die Arbeit ganz oder teilweise aufgegeben werden muß, darf nicht auch noch die Wohnung verloren gehen. Wohnen bedeutet nicht nur, im vertrauten Ort zu sein, sondern auch ein Geflecht sozialer Beziehungen, ein soziales Netz. Dieses soziale Netz aufrecht zu erhalten oder ggf. zu verändern und auszubauen, muß ein Grundanliegen einer Integration von Behinderten sein. Dazu bedarf es der Bereitstellung von Möglichkeiten eines lebenslangen Wohnens in Einzelwohnungen, aber auch in stationären, gemeindenahen Wohneinheiten, die wegen der besonderen Bedürfnisse so umgestaltet werden müssen, daß die Behinderten in der gewohnten Umgebung weiter so selbstbestimmt wie möglich leben können. Dafür sind geeignete Dienste einzurichten.
- Behinderten mit einem Ehepartner oder Lebensgefährten, allein oder in Wohngemeinschaft lebenden Behinderten muß auch bei im Alter zunehmender Pflegebedürftigkeit durch geeignete Hilfen, etwa spezialisierte ambulante bzw. familienentlastende Dienste, ein selbständiges Leben ermöglicht werden. Dazu gehören die Bereitstellung von notwendiger fachlicher Betreuung bezogen auf den individuellen Hilfs-, Unterstützungs- u. Pflegebedarf und die Förderung von Maßnahmen zur Teilnahme am sozialen Leben in der Gemeinde, wie z. B. öffentliche Verkehrsmittel (Niederflurkonzept) oder andere geeignete Verkehrsmittel zum Erhalt der Mobilität, um Mobilitätsbarrieren möglichst abzubauen.
- Um dem Grundsatz „ambulante vor stationär“ entsprechen zu können, müssen ambulante Therapieangebote in angemessener Zahl vorgehalten werden. Teilstationäre Einrichtungen sind vermehrt zu schaffen. Noch nicht existierende Rehabilitationskliniken sind wohn- und ortsnah zu erstellen und

auf die Bedürfnisse alt gewordener, behinderter Menschen auszurichten. Vor grundsätzlichen Entscheidungen bei Wohnortwechsel sind Beratungsstellen einzuschalten. Betroffene, Angehörige und Lebenshilfegruppen sind mit einzubeziehen. Hierfür sind geeignete Beratungsstellen zu schaffen.

- Zur Verwirklichung der Zielvorstellungen von Integration der älter werdenden Behinderten und behinderten alten Menschen, bei der Schaffung der dafür benötigten räumlichen und baulichen Voraussetzungen für das Wohnen und bei der entsprechenden Verknüpfung der dadurch notwendigen Betreuungsformen sind der Bund, die Länder, die Kommunen, die Verbände und Einrichtungsträger sowie die Kostenträger gefordert, die dafür gesetzlich verbürgten Leistungsansprüche einzulösen.

7.7.3 Politische Forderungen zum Bereich der Prävention

Die demographische Entwicklung stellt sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht wachsende Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen. In diesem Zusammenhang wird der Bedarf an Präventionsmaßnahmen zunehmen, damit schon die zahlreichen Einflüsse in früheren Lebensabschnitten auf den Alternsprozeß mit berücksichtigt werden können. Eine den Grundsätzen einer lebenslangen Vorbereitung auf das Alter entsprechende Politik muß Gesundheitssituation, Familienverhältnisse, Arbeitsleben, kulturelle und soziale Teilhabe sowie die ökonomische Sicherung und Vorsorge mit berücksichtigen, um dem differentiellen Altersbild in der Gesellschaft gerecht zu werden.

Gesundheitspolitische Maßnahmen müssen insbesondere im Rahmen der Primärprävention im frühen und mittleren Lebensalter darauf abzielen,

- eine frühzeitig beginnende, intensivere Aufklärung über Maßnahmen zur Prävention (z. B. Körperhygiene, gesunde Lebensweise, Vorsorgeuntersuchung und schulische Gesundheitserziehung) zu gewährleisten;
- Möglichkeiten zur Erhaltung und Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter zu optimieren (z. B. durch neue Lerninhalte oder neue Formen der Wissensvermittlung) und entsprechende Bildungseinrichtungen verstärkt zu fördern und schließlich
- die Kompetenz als eine der wichtigsten Voraussetzungen für Wohlbefinden — bezogen auf den körperlichen und auch auf den psychischen, sozialen, ökonomischen und ökologischen Bereich — zu erhalten.

Neben der Förderung psychischer und physischer Veränderungspotentiale, insbesondere zur Beeinflussung der epidemiologisch gesicherten Risikofaktoren Hypertonie, Hyperlipidämie und Zigarettenrauchen, sind im Rahmen der Sekundärprävention darüber hinaus therapeutische Interventionsmaßnahmen mit Nachdruck zu schaffen und zu fördern, um Krankhei-

ten im Alter frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Schließlich kann die Bedeutung der Tertiärprävention im Alter nicht genug betont werden. Die Tertiärprävention beginnt mit der fachgerechten Pflege nach Erkrankungen, um Behinderungen und Handicaps möglichst klein zu halten und vor allem die Patienten vor Komplikationen zu schützen:

- Um durch die Tertiärprävention die Patienten vor dauernder Pflegebedürftigkeit zu bewahren, bedarf es geschulter Hausärzte zur Differentialdiagnostik und des Ausbaues geriatrisch-rehabilitativer Einrichtungen mit einer anschließenden teilstationären und ambulanten Therapiekette, inklusive Hilfsmittelversorgung, Wohnungsanpassung usw. Dies gilt grundsätzlich auch für das Pflegeheim, in dem die ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung auch unter Präventionsgesichtspunkten verbessert werden muß.
- Angesichts der massiven Zunahme der Demenzerkrankten sind darüber hinaus vermehrte Einrichtungen für sorgfältige differentialdiagnostische Abklärungen zu schaffen (Memory-Ambulanzen, Geronto-psychiatrische Zentren), damit chronische Entwicklungen verhindert werden können.
- Zur Verbesserung der Prävention bedarf es einer Verbesserung der Zusammenarbeit von gesundheitlichen und sozialen Diensten: Gesundheitsämter, der Medizinische Dienst der Krankenkassen und die Versorgungsämter sind diesbezüglich gefordert.
- Eine besonders wichtige Rolle in der Prävention von Erkrankungen im Alter kommt dem Hausarzt im Hinblick auf Krankheitsfrüherkennung, Therapie und ggf. tertiärpräventive Maßnahmen zu. Die Schlüsselstellung des Hausarztes ist insbesondere im Hinblick auf die Qualitätssicherung bereits durchgeführter teilstationärer und stationärer Maßnahmen als auch im Hinblick auf seine Aufgabe im rechtzeitigen „Weichenstellen“ weiterer Maßnahmen zu stärken.

Im Rahmen der Gesundheitspolitik hat in den letzten Jahren die Gesundheitsförderung eine vordringliche Bedeutung gefunden, um die Begrenzung der traditionellen Handlungsfelder — Prävention, Kuration und Rehabilitation — zu überwinden und durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu ergänzen. Eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung muß in folgenden, altersunabhängigen Handlungsbereichen mit Unterstützung aller gesellschaftlichen Kräfte realisiert werden:

- Die Stärkung der Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Gestaltung von Lebensweisen sollte vor allem durch familien- und bildungspolitische Maßnahmen unterstützt werden.
- Erwerbsarbeit nimmt einen wesentlichen Teil der Lebenszeit in Anspruch. Arbeitsanforderungen sollten im Alter dynamisch gestaltet werden. Sie sollten sich nicht am „Idealtypus“ des jungen und hochleistungsfähigen Menschen ausrichten, sondern durch eine dem Alter angemessene Arbeitsgestaltung, eine dem Alter entsprechende Qualifizierung zur Kompetenzerhaltung und -erweite-

rung, altersgerechte Arbeitszeitregelungen und altersbezogener präventiver Personalplanung unter Einfluß von Modellen des gleitenden Übergangs in die Rente, die Gestaltung von Arbeitsinhalten und Arbeitsanforderungen dem Alter angemessen harmonisieren.

- Arbeitnehmerorganisationen und Arbeitgebervertretungen sollten sich im Benehmen mit den Krankenkassen für die Organisation der Gesundheitsförderung im Betrieb engagieren, damit Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz so weit wie möglich reduziert werden. Umweltschutz, Sicherheit und Schadstoffbegrenzungen am Arbeitsplatz sowie Suchtaufklärung und -bekämpfung gehören zu den wesentlichen Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung im mittleren Lebensalter. Dabei haben sich „Gesundheitszirkel“ und die regelmäßige Erstellung von betrieblichen Gesundheitsberichten bewährt.
- Auf Gemeindeebene sollten die vielfältigen Angebote zur Gesundheitsförderung besser als bisher koordiniert werden. Den Gesundheitsämtern sollte die Zuständigkeit zur Koordinierung der Erstellung regionaler Gesundheitsberichte und deren Diskussion auf regionalen Gesundheitskonferenzen zugeschrieben werden. In allen kreisfreien Städten und allen Kreisstädten sollten darüber hinaus regionale Arbeitsgemeinschaften bestehen, die Gesundheitskonferenzen organisieren, in denen die Daten lokaler Gesundheitsberichte diskutiert und Empfehlungen für gemeinsame Aktionen erarbeitet werden. Schließlich sollten die regionalen Arbeitsgemeinschaften die Einrichtung von Qualitätszirkeln koordinieren. Dabei sollten die Möglichkeiten der eigenverantwortlichen Bürgerbeteiligung ausgebaut und Selbsthilfeeaktivitäten unterstützt werden.
- Die bestehenden Dienstleistungsangebote sollten durch Maßnahmen zur Qualitätssicherung verbessert werden. Dazu ist es notwendig, Qualitätskriterien und -standards festzulegen und durch geeignetere Regelungen sicherzustellen, daß diese eingehalten werden. In Konsensuskonferenzen sollte Einigung über grundlegende Empfehlungen erzielt werden.
- Von entscheidender Bedeutung ist, daß für Prävention und Gesundheitsförderung die notwendigen Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden.
- Schließlich sollte die öffentliche Diskussion darüber intensiviert werden, welche Bedeutung körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden, Befindlichkeitsstörungen, Krankheiten und Behinderungen für die verschiedenen Lebensphasen von Menschen in unserer Gesellschaft haben. In diesem Zusammenhang muß einerseits die Frage nach persönlicher Verantwortung und kollektiver Mitverantwortung für Gesundheit, die Behandlung von Krankheiten und die Rehabilitation von Kranken und Behinderten neu diskutiert werden. Andererseits sollte aber auch die Reduzierung ungleich verteilter Krankheitsrisiken ein zentrales Ziel der Gesundheitsförderungs politik sein. Die Massenmedien haben hier großen Einfluß auf die

Vermittlung von Informationen und die Entwicklung von Einstellungen. Sie sollten daher die Möglichkeiten und Chancen der Gesundheitsförderung allgemein bekanntmachen.

7.7.4 Politische Forderung an das gesundheitliche Versorgungssystem

Die gesundheitliche Versorgung und Betreuung älterer Menschen hat in den letzten Jahren einen hohen gesellschaftlichen Stellenwert in der Bundesrepublik Deutschland bekommen. Angesichts demographischer und sozialstruktureller Veränderungen haben sich politische Forderungen und Handlungsbedarfe heute noch erheblich differenzierter als in der Vergangenheit auf die Veränderungen einzustellen, um nicht an den gewandelten Interessen, Anliegen und Bedarfen vorbeizuplanen. Eine entsprechende Politik muß alle für das Alter von heute typischen Lebenslagen umfassen. Bei der gesundheitlichen Versorgung und Betreuung dürfen nicht nur körperliche Befindlichkeiten in den Mittelpunkt gestellt werden, sondern psychische Faktoren und die sozialen Lebensverhältnisse müssen als ein Elementarbestandteil in die Diagnostik, Behandlung und Pflege von Krankheiten im Alter mit einbezogen werden. Altern ist insofern heute zu einem Querschnittsthema für die Politik schlechthin geworden. Aus der Differenzierung des Alters resultiert weiterhin die Einsicht in die Grenzen von Standard- und Einheitslösungen durch gesundheitliche Versorgung und Betreuung älterer Menschen. Es sollte daher in Zukunft besonders um die Stärkung von Eigenkompetenzen bzw. um Bemühungen solcher Art gehen, die Bedingungen für die Aufrechterhaltung von Selbsthilfepotentialen fördern und stabilisieren. Eine Differenzierung bei den Einrichtungen, Angeboten und Dienstleistungen für ältere Menschen führt zu nachfolgenden Konsequenzen und politischen Forderungen:

Stationäre geriatrische Versorgung — Die Krankenhausversorgung ist bisher nur unzulänglich an den spezifischen Bedürfnissen älterer Patienten orientiert. Es bedarf daher eines flächendeckenden und bedarfsgerechten Ausbaus stationärer akutgeriatrischer und geriatrisch-rehabilitativer Kliniken/Abteilungen und Tageskliniken mit abgesicherten Diagnosemöglichkeiten und einer therapeutisch-aktivierenden Pflege, die dem tatsächlichen Behandlungsbedarf und den möglichen Rehabilitationschancen älterer Menschen entspricht. Dazu gehört auch die Kooperation mit geriatrischen/gerontopsychiatrischen Konsiliarteams, in denen alle Berufsgruppen entsprechender Abteilungen vertreten sind, bzw. die Einrichtung von Diagnosezentren oder „Assessment units“, welche über Art und Notwendigkeit einer einzusetzenden Behandlung bzw. Institutionalisierung mit zu entscheiden haben. In kleinen Krankenhäusern, die strukturell keine eigene geriatrische Abteilung haben können, sollte eine Geriatrieversorgung der Versorgung durch den Ausbau entsprechender therapeutischer Maßnahmen bzw. Maßnahmen der Weiter- und Fortbildung gefördert werden. Derartige kleinere Krankenhäuser können auch durch Kooperationsverträge

an Geriatrie-Zentren gebunden und von diesen konsiliarisch mitversorgt werden.

Stationäre gerontopsychiatrische Versorgung — Stationäre Gerontopsychiatrie findet heute hauptsächlich in den Landes- bzw. Bezirkskrankenhäusern statt. Zukünftig sollten die Strukturen der Landes- bzw. Bezirkskrankenhäuser denen der somatischen Kliniken angeglichen werden; gerontopsychiatrische Abteilungen sollten ähnlich wie somatische Abteilungen eigenverantwortlich arbeiten. Jede solche Klinik sollte für eine vorgegebene, an den lokalen Bedürfnissen ausgerichtete Versorgungsregion zuständig sein. Am Beginn jeder stationären gerontopsychiatrischen Behandlung sollte ein Assessment stehen, um tatsächlich beurteilen zu können, ob ein Älterer stationär behandelt werden muß. Gefördert werden sollte darüber hinaus der Ausbau von gerontopsychiatrischen Ambulanzen an den Landes- bzw. Bezirkskrankenhäusern und psychiatrischen sowie gerontopsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Um andererseits die Anzahl gerontopsychiatrischer Krankenbetten gering zu halten, sollte der Ausbau gerontopsychiatrischer Tageskliniken gefördert werden. Des weiteren sollte der Aufbau von gerontopsychiatrischen Zentren (BMJFFG, 1988) als Kernpunkt der regionalen Versorgung vorangetrieben und gefördert werden. Diese können gerontopsychiatrischen Abteilungen oder psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern angegliedert sein. Zu fördern ist auch der Ausbau von „Memory-Kliniken“. Schließlich müssen die Setzung von Qualitätsstandards, die Überwachung der Qualitätsentwicklung sowie die Durchsetzung und Sicherung des Versorgungsniveaus auf gesetzlicher Grundlage gewährleistet sein.

Rehabilitation — Die Angebote zur Rehabilitation älterer Menschen müssen ausgebaut werden. Rehabilitation hat bei alten Menschen insbesondere die Wiederherstellung der Selbständigkeit zum Ziel, auch unter Berücksichtigung bleibender Behinderungen. Therapeutische Maßnahmen müssen deshalb auch auf die Beibehaltung vorhandener Fähigkeiten oder die Verhinderung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgerichtet werden. Das elementare Ziel von Rehabilitation ist die Stärkung der Eigenkompetenz alter Menschen auch bei zunehmender Hilfsbedürftigkeit. Dazu bedarf es der Entwicklung integrativer und interdisziplinärer Therapiekonzepte, in denen physische, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Dabei dürfen sich die Rehabilitationsangebote keinesfalls auf den geriatrischen Bereich beschränken, sondern sie müssen auch den gerontopsychiatrischen Bereich und die stationäre Langzeitversorgung umfassen.

Im Kontext der Rehabilitationsangebote sind die teilstationären und ambulanten Angebote sehr viel stärker zu gewichten. In der Bundesrepublik Deutschland sind teilstationäre Einrichtungen die Ausnahme; die ambulante Rehabilitation findet so gut wie gar nicht statt. Die Ergänzung der stationären Rehabilitation durch die teilstationäre und ambulante Rehabilitation ist jedoch für die Aufrechterhaltung und für den Ausbau der in der Klinik erzielten Rehabilitationserfolge wichtig. Im Sinne flankierender Maßnahmen

sollten auch „mobile“ Rehabilitationsteams verstärkt gefördert werden.

Dem Ausbau und Neuaufbau aller dieser geriatrischen und gerontopsychiatrischen Strukturen geht die Förderung der selbständigen ganzheitlich orientierten Fachdisziplinen Geriatrie/Gerontopsychiatrie voraus und damit deren eigenständige Etablierung an den Hochschulen.

Stationäre Langzeitversorgung (Alten- und Altenpflegeheime) — Für Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung ist vor allem eine Verringerung der Strukturprobleme zu fordern. So müssen bereits bestehende Einrichtungen entsprechend dem aktuellen Hilfebedarf umgerüstet werden. Die Festlegung baulicher konzeptioneller Mindeststandards muß im Rahmen der Heimmindestbauverordnung vorgenommen werden. Dadurch sollen sowohl die Wohnbedürfnisse pflegebedürftiger Heimbewohner als auch die speziellen Anforderungen psychisch veränderter, körperlich aber noch aktiver Heimbewohner berücksichtigt werden. Heime müssen als Lebensraum gestaltet werden mit Zielsetzungen wie „Normalisierung des Heimlebens“, „Individualisierung der Heimleistungen“ und einer „lebensbejahenden Sterbebegleitung“. Zur Verbesserung der personellen Ausstattung bedarf es einer Aufstockung des Personalschlüssels insbesondere für den Pflegebereich. Das Pflegepersonal muß durch andere Berufsgruppen wie Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnasten und Logopäden ergänzt werden, damit dem Mangel an Aktivierungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten begegnet werden kann. Es muß auch die Finanzierung dieser therapeutischen Leistungen sowie der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege vor dem Hintergrund der Pflegeversicherung (zu Lasten der Krankenversicherung?) geregelt werden. Insbesondere für die Probleme bei der Arbeit mit psychisch veränderten Heimbewohnern müssen den Fachkräften der stationären Altenhilfe Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung zur Verfügung stehen. Zu fordern ist darüber hinaus der Aufbau einer fachgeriatrischen bzw. -gerontopsychiatrischen externen Supervision (Landesarzt) für die Mitarbeiter und die im Heim vertretenen Ärzte. Für große Heime ist ein eigenständiger Heimarzt unter gleichzeitiger Berücksichtigung der freien Arztwahl zu fordern. Schließlich sind durch die Entflechtung von Heimaufsicht und Kostenträgerschaft auf der örtlichen Ebene die Möglichkeiten zur Verbesserung der Heimaufsicht und damit der Qualitätskontrolle und -sicherung zu gewährleisten.

Ambulante ärztliche Versorgung — Voraussetzung für eine möglichst lange Selbständigkeit alter Menschen ist nicht zuletzt eine ausreichende ärztliche Versorgung im ambulanten Bereich. Die vorhandene Kenntnis des niedergelassenen Arztes über Lebensumstände eines „alten“ Patienten schafft hierfür die denkbar günstigsten Voraussetzungen. Beschränkt sich die Aufgabe des niedergelassenen Arztes gegenwärtig noch im wesentlichen auf die Organisation von Maßnahmen, die er selber durchführt oder die aufgrund von Verordnungen veranlaßt sind, so wäre eine zukünftige Arztpraxis durchaus auch als Koordinierungs- oder Clearingstelle ambulanter geriatrischer Versorgung und Betreuung denkbar. Diesbezüglich

ist die Rolle des niedergelassenen Arztes als Koordinator eines zu schaffenden wohnortnahen Verbundsystems von medizinischen, psychologischen, pädagogischen, sozialen und technischen Diensten in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Sozialstation, mobile Rehabilitationsteams) zu fördern. Gefordert werden zudem auch Gemeinschaftspraxen mit Psychologen, Sozialarbeitern und Rehabilitationsberatern; darüber hinaus aber auch eine enge Zusammenarbeit mit Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden sowie eine familienorientierte Beratung. Zur Umsetzung dieser Forderungen müssen die Leistungsträger dem niedergelassenen Arzt die finanzielle bzw. kassenrechtliche Möglichkeit geben, dementsprechende Leistungen abrechnen und ein Team an sich binden zu können, das auf die medizinischen, therapeutischen, familialen und psychosozialen Probleme des Patienten eine adäquate Antwort zu geben weiß.

Ambulante sozialpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung — Die außerstationäre ambulante und hauswirtschaftliche Versorgung älterer Menschen muß weiter ausgebaut werden. Dabei ist darauf zu achten, daß eine Verknüpfung auch zwischen den Angeboten zur gesundheitlichen Versorgung im engeren Sinne und den sozialpflegerischen bzw. hauswirtschaftlichen Diensten und Einrichtungen entsteht. So muß etwa ein entsprechendes Engagement der niedergelassenen Ärzte bei der bedarfsangemessenen Versorgung von Schwerstpflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung verstärkt gefördert und unterstützt werden. In das Netz muß ebenfalls ein umfassendes Beratungsangebot für Angehörige und Betroffene einbezogen werden. Hilfen durch Familienangehörige, Nachbarn sowie Selbsthilfegruppen sollen durch mobile soziale Hilfsdienste ausdrücklich gefördert und gestärkt werden. Pflegenden Angehörige müssen in die Lage versetzt werden, durch Kenntnisse über die jeweils möglichen Hilfe- und Pflegeangebote, die zur Gestaltung ihrer eigenen Lebenssituation angemessene Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zum Erhalt von Familienpflege, auch hinsichtlich der angemessenen Versorgung Alleinlebender, ist die Sicherstellung von Dienstleistungen auch an Wochenenden sowie nachts zu garantieren. Die Inanspruchnahme hauswirtschaftlicher Versorgungsleistungen — deren Ausbau insgesamt zu fördern ist — darf nicht von Pflegebedürftigkeit abhängig gemacht werden. Der Minderung der Lebensqualität pflegender Angehöriger ist unter anderem durch den Ausbau der Tages- und Kurzzeitpflege, die Bereitstellung der notwendigen pflegerischen und rehabilitierenden Hilfsmittel und das Angebot psychologischer Beratung zu begegnen.

Zur Entlastung dauernd pflegender Angehöriger sind Möglichkeiten zur befristeten Unterbringung von Pflegeabhängigen in stationären Einrichtungen bereitzuhalten. In diesem Zusammenhang ist es auch von altpolitischer Relevanz, im Rahmen wohnungsbaupolitischer Initiativen geeigneten Wohnraum für ältere Menschen zu schaffen und Wohnungsanpassungsmaßnahmen durchzuführen, um ihren Verbleib in den vertrauten Räumen zu gewährleisten. Betreuung Angehöriger, die erwerbstätig sind, sollte in begründeten Ausnahmefällen eine befristete Arbeits-

zeitverkürzung oder Freistellung ohne negative soziale Auswirkungen ermöglicht werden. Diese Probleme bedürfen dringend einer Lösung durch die Pflegeversicherung. Schließlich muß die im Aufbau befindliche Hospizbewegung unterstützt werden, die Angehörigen und Patienten gleichermaßen hilft, das Sterben in der eigenen Häuslichkeit zu bewältigen. Nur so kann Sterben in der gewohnten häuslichen Umgebung wieder Normalität werden.

Kooperation, Koordination und Vernetzung — Voraussetzung für eine funktionstüchtige Versorgung ist eine Verbesserung der Kooperation und Koordination aller an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten. Dabei geht es nicht nur um eine bessere Vernetzung zwischen den ambulanten Anbietern des Gesundheitssystems untereinander, sondern auch zwischen den ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen. Damit bei gewünschter Angebotsvielfalt ein abgestimmtes und bedarfsgerechtes Versorgungsnetz realisiert werden kann, ist eine regionale Bedarfsplanung erforderlich. Alle beteiligten Professionen und Institutionen müssen zum Zweck einer sach- und fachgerechten Entscheidung über den notwendigen Versorgungsbedarf älterer Menschen zusammenarbeiten. Für die Verbesserung der Kooperation, Koordination und Vernetzung auf der überregionalen, regionalen und örtlichen Ebene bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen müssen Qualitätsstandards entwickelt und Instrumente der Qualitätssicherung auf allen Ebenen aufgebaut sowie Koordinierungs- bzw. Leitstellen geschaffen werden.

7.7.5 Politische Forderungen zur gerontologischen Forschung

In dem Maße, wie Politik und Praxis mit gerontologischen Themen konfrontiert werden, wächst auch die Notwendigkeit, durch Wissen und Forschung in vielfältiger Weise Anregungen und Hilfestellungen zu geben. Soll es zu einer Anhebung des gerontologischen (einschließlich geriatrischen und gerontopsychiatrischen) Qualifikationsniveaus kommen, müssen Zentren der gerontologischen Forschung und Lehre entstehen — an Universitäten und in den Fachhochschulen. Insofern sind Forschungsmittel zielgerichtet in der Gerontologie zu plazieren, denn Forschung in der Gerontologie stellt eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Gesundheits- und Altenpolitik dar.

Notwendig ist darüber hinaus eine Institutionalisierung der Gerontologie in ihren relevanten Fachdisziplinen. Insbesondere bedarf es entsprechender geriatrischer und gerontopsychiatrischer Kliniken bzw. Abteilungen und Tageskliniken sowie entsprechender universitärer Forschungseinrichtungen, damit die Gerontologie sich in der Bundesrepublik weiterentwickelt. Wünschenswert ist nicht nur die Berücksichtigung der universitären Geriatrie/Gerontopsychiatrie durch die Einrichtung entsprechender Lehrstühle, sondern auch Forschungsförderung zu relevanten Themen wie der Prävention, Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen sowie der stationären und

ambulanten Langzeitversorgung, insbesondere auch chronisch kranker Älterer.

Vor allem sollte die Forschung zu Fragen der Prävention und Rehabilitation intensiviert werden, um zum einen empirisch fundierte Aussagen zur Bedeutung der Prävention für die Vermeidung von Krankheiten und für die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit bis ins höchste Lebensalter und zum anderen weiterführende Erkenntnisse über die Rehabilitationspotentiale älterer Menschen sowie über die biographischen und aktuellen Einflüsse auf diese Potentiale zu gewinnen.

Unter der Zuständigkeit der entsprechenden Gebietskörperschaften, unter ihnen insbesondere die Bundesländer, müssen das Grundwissen über Versorgungsstruktur und Versorgungsvolumina von Diensten und Angeboten für ältere Menschen umfassend gesichert werden und Veränderungen im Zeitablauf erfaßbar gemacht werden. Die Forschungsförderungsinstanzen können dann, auf diese Forschung aufbauend, ergänzende Fragestellungen untersuchen lassen bzw. diese Untersuchungen durch Bereitstellung entsprechender Mittel fördern. Insbesondere sind medizinische, geriatrische, psychogeriatrische und sozialökonomische Versorgungsforschung bezüglich Diensten, Einrichtungen und medizintechnischem Fortschritt und ihrer Rückwirkung auf Lebensqualität, Effektivität und Wirtschaftlichkeit zu intensivieren. Forschungsförderung bedarf es aber auch in anderen Bereichen:

- Die klinisch-pharmakologische Forschung muß zukünftig Besonderheiten der Pharmakodynamik, Pharmakokinetik, Bioverfügbarkeit, Interaktion und Langzeitwirkung bei älteren Menschen, insbesondere bei Hochbetagten, aufdecken und berücksichtigen.
- Forschungsvorhaben der experimentellen und klinischen Gerontologie zu den Mechanismen der Alternsprozesse, deren genetischen Faktoren einerseits, Umweltbedingungen und medizinischer Risikofaktoren andererseits, sind dringend zu fördern.
- Besonders gefördert werden muß die Ursachenforschung bezüglich der Zunahme somatischer, psychosomatischer, psychiatrischer und umweltbedingter Erkrankungen, darunter insbesondere solcher mit chronischer Ausprägung, sowie das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen (Multimorbidität).
- Der gegenwärtige Stand der Forschung erlaubt es noch nicht, unter anderem zu Fragen der Bestimmung des funktionalen Alters im Sinne der Einschätzung der individuellen psycho-physischen Leistungsfähigkeit, der Beanspruchungsanalyse unter Berücksichtigung des funktionalen Alters, der Arbeit mit neuen Informations- und Kommunikationstechniken sowie zu einer altersgerechten Optimalität der Beanspruchung Stellung zu nehmen. Hier besteht erheblicher Forschungsbedarf ebenso wie in der altersbezogenen (arbeitsmedizinischen) Humanisierungsforschung generell.

- Darüber hinaus sind Ursachen schicht- u. berufsspezifischer Morbidität und Mortalität durch Follow-up-Studien über den Ruhestand hinaus zu untersuchen.
- Die erhobenen epidemiologischen Daten sollten schneller zugänglich sein als bisher und müssen auch bei über 70jährigen gewonnene Erkenntnisse berücksichtigen.
- Besonders dringend ist die Förderung und Durchführung von Langzeit- und Kohortenstudien, um Veränderungen im zeitlichen Ablauf bzw. prognostische Einschätzungen beschreiben, analysieren und entwickeln zu können.
- Eine weiter entwickelte Gesundheitsberichterstattung ist schließlich Voraussetzung für eine professionelle Einschätzung der Konsequenzen für die Gesellschaft (Gesundheitskosten, Krankenhausbetreuung, Arzt). In diesem Zusammenhang müssen auch die Qualitätsdiskussion durch entsprechende Forschungsförderungen unterstützt und die Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätserfassung und -sicherung gefördert werden.

7.7.6 Politische Forderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung

Als Folge des demographischen und strukturellen Wandels und der dadurch entstehenden Erfordernisse zum Ausbau ambulanter, stationärer und teilstationärer Dienste erhöht sich auch der Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal. Eine bedeutende Rolle kommt dabei der Ausweitung einer Aus-, Weiter- und Fortbildungs-Infrastruktur deshalb zu, weil gerontologisch/geriatrisches Wissen bisher nur unzureichend an die Praxisfelder weitervermittelt wurde, so daß dort noch entsprechend pragmatisch-empirisch und ohne ein differenziertes Hintergrundwissen verfahren wird. Gerade aber der Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis ist notwendig, um die vorhandene Spannung zwischen reiner Wissenschaftsorientierung einerseits und einer an pragmatischen Kriterien orientierten Tätigkeit andererseits aufzuheben und Verwendungszusammenhänge gerontologisch/geriatrischen Wissens herzustellen. Durch die Ausweitung der Lehre in Gerontologie, insbesondere aber durch Weiter- und Fortbildung für Berufsgruppen, die mit Fragen des Alterns und des Alters konfrontiert sind, soll des weiteren ein Diffusionsprozeß zwischen Forschung und Lehre einerseits und der Praxis andererseits gefördert werden. Dies betrifft insbesondere die Pflege. Zu fordern sind darüber hinaus Konzepte fachspezifischer Aus-, Weiter-, und Fortbildung für alle in der Altenarbeit, Prävention, Gesundheitsförderung, Behandlung und Rehabilitation alter Menschen beteiligten Berufe, ergänzt um Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit. Im einzelnen ergeben sich folgende Forderungen an die Politik:

- Ärzten muß innerhalb ihrer Ausbildung ein geriatrisches/gerontopsychiatrisches und gerontologisches Grundwissen vermittelt werden. Aus diesem Grunde sind geriatrische/gerontopsychiatrische und gerontologische Wissensstoffe in die medizini-

schen Studienpläne und Prüfungsordnungen aufzunehmen, Lehrstühle für die verschiedenen Bereiche der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Gerontologie an den wissenschaftlichen Hochschulen einzurichten und intensive Weiter- und Fortbildungsangebote auf den Gebieten der Geriatrie und Gerontologie zu gewährleisten. Eine Verbesserung des Lehrangebots gilt insbesondere auch für die Gerontopsychiatrie. Unabdingbar ist auch die Notwendigkeit, daß ein künftiger Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in der Gerontopsychiatrie gearbeitet haben muß. Insbesondere die Weiterbildung der Psychiater und Internisten sollte auch eine hinreichend ausgedehnte, möglichst halbjährige Tätigkeit in einer Einrichtung der Langzeitversorgung einbeziehen. Zu verbessern sind auch die Fortbildungsmöglichkeiten für bereits praktizierende, niedergelassene Ärzte (Hausärzte), denn gerade hier finden am häufigsten Berührungspunkte zu „geriatrischen“ Patienten statt.

— Für das Pflegepersonal ist grundsätzlich die Sicherstellung der geforderten fachlichen und persönlichen Qualifikationen zu fordern, um sie zur Übernahme bestimmter Aufgaben in der geforderten Qualität zu befähigen. Gleichzeitig ist die Attraktivität des Berufsfeldes „Pflege“ zu steigern, um die Gewinnung und Unterhaltung einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Mitarbeiter zu gewährleisten. Zur Besserung der Qualifizierungsmöglichkeiten für Mitarbeiter in der Pflege sind vor allem folgende Maßnahmen zu fordern:

- Bundesweite Vereinheitlichung der Altenpflegeausbildung auf dem Niveau einer dreijährigen Ausbildung und Entwicklung verbindlicher Rahmencurricula;
 - Gerontologisierung von Lerninhalten, die Vermittlung ganzheitlicher Pflegeperspektiven, die Verbesserung des Theorie-Praxisbezugs unter stärkerer Berücksichtigung der Besonderheiten ambulanter, geriatrisch-rehabilitativer und gerontopsychiatrischer Ausbildungsinhalte (Fachschwesternausbildung);
 - stärkere Vermittlung von Kompetenzen zu einer kritischen Auseinandersetzung mit den derzeitigen Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen, Entwicklung einer Berufsidentität sowie berufspolitisches Durchsetzungsvermögen (Schlüsselqualifikation);
 - Ausweitung und strukturelle Veränderung der Weiterbildung von Führungskräften zur Übernahme von Management-Führungsaufgaben;
 - Ausweitung arbeitsfeldbezogener, berufsgruppenübergreifender Fort- und Weiterbildung zur Förderung der Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen;
 - Qualitätssicherung der theoretischen Ausbildungsbestandteile durch Einrichtung von Studiengängen für Lehrkräfte der Pflegeberufe an den Universitäten, einschließlich der Einrichtung pflegewissenschaftlicher Studiengänge an Universitäten und Fachhochschulen.
- Die Einbeziehung gerontologisch/geriatrischer Wissensinhalte in Aus-, Weiter- und Fortbildung ist nicht nur für Ärzte und Pflegepersonal zu fordern, sondern für alle Berufe, die in die Versorgung und Betreuung älterer Menschen einbezogen sind. So müssen angemessene Angebote auch im Hinblick auf Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, physikalische Therapie, Sozialarbeit, Klinische Psychologie und Verwaltungsangelegenheiten verwirklicht werden, wobei neben der Vermittlung gerontologisch/geriatrischen Wissens besonders die gegenseitige Anerkennung und die Zusammenarbeit im Team beachtet werden müssen. Schließlich bedürfen auch ehrenamtlich Tätige und Laienhelfer bzw. pflegende Angehörige einer fachlichen Anleitung und Beratung. Diese ist zu unterstützen. Der bereits beschrittene Weg der Einrichtung überregionaler Weiter- und Fortbildungsakademien mit breit gefächerten integrierenden Angeboten — so etwa ab Oktober 1994 in der Medizinisch-geriatrischen Klinik, Albertinen-Haus Hamburg — ist fortzusetzen.
- Ein letzter struktureller Schritt auf dem Weg zu einer umfassenden Qualitätssicherung in der Versorgung und Betreuung älterer Menschen liegt in einer gezielten institutionsinternen und -externen Personalentwicklungsplanung. Diese wird eine wesentliche Rolle für das zukünftige Selbstverständnis der Pflege einnehmen. Neben einer Reform des Bildungskonzeptes in der Alten- und Krankenpflege sind vor allem Qualifizierungs- und Personalentwicklungskonzepte gefragt, die die Situation des Pflegepersonals entscheidend verändern und den Wünschen nach einer umfassenden Professionalisierung gerecht werden können. Insbesondere für den Pflegealltag gilt es, den Beschäftigten neue Dispositions- u. Handlungsspielräume zu eröffnen, ihre fachliche Kompetenz im Hinblick auf geriatrisch-rehabilitative, therapeutisch-aktivierende und gerontopsychiatrische Verfahren zu erhöhen sowie eine angemessene Beteiligung an der Arbeitsgestaltung zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist besonders die Einrichtung und Etablierung von Qualitätszirkeln zu fördern.

Literatur

- Altenheim (1993):** Bundesdeutsche Heimstatistik. *Altenheim* 9, 668—670.
- Altenpflege (1990):** Aus Bundesländern. Baden-Württemberg: Bereitstellung von Heimplätzen, Band 17. Stuttgart.
- Andrews, K. (1987):** Rehabilitation of the older adult. London.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtsplege des Landes NRW (Hrsg.) (1987):** Erhebung über die Belegungsstruktur in Altenheimen und Altenpflegeheimen, am Stichtag 30.06.1986, Manuskript. Düsseldorf.
- Arnold, K./Lang, E. (1989):** Ergebnisse einer Umfrage zum Altersbild in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Zeitschrift für Geriatrie* 2, 383.
- Badura, B. (1993):** Gesundheitspotentiale erschließen statt einseitige Konzentration auf Diagnose und Risikobekämpfung. *Blick durch die Wirtschaft*, 14. Dezember 1993.
- Bäcker, G./Dieck, M./Naegele, G./Tews, H.-P. (1989):** Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MAGS.
- BAGS, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) (1993):** Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg. Hamburg.
- Baltes, P. B./Danish, S. J. (1979):** Gerontologische Intervention auf der Grundlage einer Entwicklungspsychologie des Lebenslaufs. Probleme und Konzepte. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 11, 112—140.
- Baltes, P. B./Mayer K. U./Helmchen, H./Steinhagen-Thiessen, E. (o. J.):** The Berlin aging study (BASE): Overview and design. *Aging and society* (in press).
- Behrend, C. (1983):** Probleme bei der Erfassung des Krankenstandes. Sind ältere Arbeitnehmer häufiger krank? Berlin.
- Behrend, C. (1992):** Frühinvalidisierung und soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland — Entwicklungsprozesse und Fallbeispiele. Berlin: DZA.
- Behrend, C. (1994):** Frühinvalidität — Ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts? Berlin: DZA.
- Bergener, M. (1989):** Depressive Syndrome im Alter. Stuttgart.
- Beske, F./Kunczik, Th. (1991):** Frühzeitige Therapie kann Milliarden sparen. In: *Der Kassenarzt* 42, 36—42.
- BiB, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (1993):** Die Alten der Zukunft — Bevölkerungsstatistische Datenanalyse. Expertise im Auftrag des BMFuS. Wiesbaden.
- BiBB, Bundesinstitut für Berufsbildung (1991):** Checkliste — Qualität beruflicher Weiterbildung. Berlin, Bonn.
- Bickel, H./Jäger, J. (1986):** Die Inanspruchnahme von Heimen im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 19, 30—39.
- BKK, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (1993):** Krankheitsarten- und Arbeitsunfallstatistiken 1992. Essen.
- BMA, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1988):** Umfang von Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern. Forschungsbericht Gesundheitsforschung, Bund 164.
- BMA — Forschungsbericht (1989):** Angebot und Bedarf an Pflegepersonal bis zum Jahre 2010. Köln.
- BMFuS, Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.) (1992):** 1. Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Altenberichts der Bundesregierung. Bonn.
- BMFuS, Bundesministerium für Familie und Senioren (1993):** Fachkonferenz „Altenpolitik für Behinderte im Seniorenalter“ am 29. und 30. März 1993 in Bonn-Bad Godesberg. Manuskript. Bonn.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (1993):** Empfehlungen an die Gesundheitspolitik zur Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Kongreß: „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“ am 12.—14. 9. 1993 in Bonn. Manuskript. Bonn.
- BMJFFG, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1985):** Modellprogramm Psychiatrie. Regionales Psychatriebudget. Prognos AG. Köln.
- BMJFFG, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988):** Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn.
- BMJFFG, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1989):** Daten des Gesundheitswesens. Stuttgart.
- Bottke, B. (1987):** Suizid im Alter. Suizidraten in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1972—1984. *KDA Presse- und Informationsdienst* 4, 4—12.
- Brenner, G. (1989):** Die Entwicklung des Krankenguts in den Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 2000. *Arzt und Krankenhaus* 11, 333—340.
- Bron, B. (1992):** Depression und Suizidalität im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 25, 43—52.
- Bruder, J. (1988):** Filiale Reife — ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung, insbesondere dementer alter Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 1, 95—101.
- Bruder, J. (1993):** Gerontopsychiatrie. Fachvortrag anlässlich der 15. Sitzung der Bundestags-Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ am 27. 10. 1993. Bonn.

- Bruder, J./Lucke, C./Schramm, A./Tews, H. P./Werner, H. (1991):** Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Fachs Geriatrie. Rügheim.
- Bundesanstalt für Arbeitsmedizin (1994):** Arbeitsmedizinische Aspekte und Bedingungen des Arbeitsschutzes bei der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer. Stellungnahme für die Bundestags-Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“. Bonn.
- Busch, K. (1982):** Krankenstand — Einzelaspekte. Bundesarbeitsblatt a/1982.
- Caplan, G. (1964):** Principles of preventive psychiatry. New York.
- Clemens, W. (1979):** Analyse klinischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: DZA.
- Cleton, F. J./Coebergh, J. W. W. (Hrsg.) (1988):** Cancer in the Netherlands. Scenario Report. Dordrecht, Boston, London.
- Cohen, G. D. (1988):** The brain in human aging. New York.
- Conradi, H./Jacobs, C./Schmähl, W. (1987):** Vorzeitiger Rentenbezug in der Bundesrepublik Deutschland. Sozialer Fortschritt, 8.
- Cooper, B./Sosna, U. (1983):** Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. In: Nervenarzt 54, 239—249.
- Cooper, B./Bickel, H. (1989):** Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in der Altenbevölkerung. In: Nervenarzt 60, 472—482.
- Crimmins, E. M. (1987):** Evidence on the Compression of Morbidity. Gerontologien Perspecta 1, 45—49.
- Dames, M./Genz, M. (1994):** Sekundärstatistische Analyse über die Entwicklung der zerebrovaskulären Krankheiten und des Diabetes mellitus im ehemaligen Bezirk Halle. Halle.
- Damkowski, W./Görres, S./Luckey, K. (1988):** Sozialstationen. Konzept und Praxis eines Modells ambulanter Versorgung. Campus Forschung, Band 543. Frankfurt, New York.
- Damkowski, W./Görres, S./Israel, R./Preuß, W./Luckey, K. (1993):** Stationshilfen in der Altenpflege. Integration von Langzeitarbeitslosen in ein gesellschaftliches Bedarfswelt. Evaluation des „400-Stationshilfen-Programms Hamburg“. Bericht an die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg.
- Der Spiegel (1994):** „Wir lassen sie sterben“. Der Spiegel 10, 114—132.
- Deutscher Bundestag (1975):** Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. BT-Drucksache 7/4200; 7/4201. Bonn.
- Deutscher Bundestag (1986):** Die Situation der älteren Menschen in der Familie — Vierter Familienbericht. BT-Drucksache 19/6145 vom 13. 10. 1986. Bonn.
- Deutscher Bundestag (1993):** Erster Altenbericht der Bundesregierung Drucksache 12/5897 vom 28. 9. 1993. Bonn.
- Deutscher Bundestag (1994):** Prävention in der Gesundheitspolitik. BT-Drucksache 12/6826 vom 8. 2. 1994, Bonn.
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie (1990):** Mitglieder-Rundschreiben, März 1990.
- Deutscher Verein (1993):** Rehabilitation älterer Menschen — eine gemeinsame Aufgabe des Gesundheits- und des Sozialwesens. Positionspapier des Deutschen Vereins. In: Nachrichten Dienst 1, 1—5.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)/Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (1991):** Heimkonzepte der Zukunft. Berlin, Köln.
- Dieck, M. (1991):** Not der Pflege, Not der Behandlung, Not der Hauswirtschaft — Untersuchung nationaler Akzentuierungen im internationalen Kontext. In: Schütz, R.-M., Schmidt, R. & Tews, H. P. (Hrsg.). Altern zwischen Hoffnung und Verzicht — Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität (S. 208—229). Lübeck: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie.
- Dieck, M. (1993):** Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen: Die Versorgungssysteme entwickeln sich weithin unabhängig von relevanten Bedarfsausprägungen. Berlin: DZA.
- Dilling, H./Weyerer, S./Castell, R. (1984):** Psychiatrische Erkrankungen in der Bevölkerung. Stuttgart.
- DKI/Wido-Studie (1986):** Adäquate stationäre Versorgung von Alters- und Langzeitkranken. Schlußbericht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und an den Bundesverband der Ortskrankenhäuser (BdO). Manuskript Bonn, Düsseldorf.
- Döhner, H. (1993):** Ambulantes Gerontologisches Team (PAGT). Forschungsprojekt im Auftrag des BMFuS. Hamburg.
- Egert, G./Möhles, R./Ohnmacht, D. (1991):** Statistisches Bild der Schwerpflegebedürftigen und ihres Hilfebedarfs anhand der Auswertung der Schwerpflegegutachten im MDK Baden-Württemberg. In: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). Beiträge des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu sozialmedizinischen Fragen einer zukünftigen Pflegeabsicherung. Workshop-Bericht, Essen 1991, S. 23—24.
- Elkeles, Th./Mielck, A. (1993):** Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.
- Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ (1988):** Bundestagsdrucksache 11/3267 vom 7. 11. 1988. Bonn.
- Erlemeier, N. (1988):** Suizidalität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie 21, 267—276.
- Erlemeier, N. (1992):** Suizidalität im Alter. Bericht über den aktuellen Forschungsstand. Schriftenreihe des BMFuS, Band 12.1. Bonn.

- Ern, M. (1993):** Einige Anmerkungen zur Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung. Manuskript. Köln.
- Ern, M./Hofmann, T. (o. J.):** Möglichkeiten und Grenzen der Integration alternder und alter behinderter Menschen, dargestellt an der Versorgung dieses Personenkreises in Deutschland und in den benachbarten Ländern. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). Geistig Behinderte im Alter. (S. 27). Köln.
- Evans, J. G. (1988):** The Epidemiology of the Dementias of the Elderly. In Brody, J. A. & Maddox, G. L. (Eds.). *Epidemiology an Aging*. (S. 36—53). New York.
- Fischer, G. C. (1990):** Betreuung älterer Patienten in der Allgemeinpraxis. Stuttgart.
- Franke, H. (1983):** Wesen und Bedeutung der Polypathie in der Altersheilkunde. In: Platt, D. (Hrsg.). *Handbuch der Gerontologie*, Band 1. (S. 449—470). Stuttgart, New York.
- Frehrking, M. (1989):** Über die Rehabilitation in der Geriatrie — Ergebnisse während eines Zeitraums von drei Jahren. In: *Geriatrie und Rehabilitation* 1, 43.
- Fries, J. F. (1980):** Aging, natural death and the compression of morbidity. *New England, Journal of Medicine* 303, 130—136.
- Fries, J. F. (1984):** The compression of morbidity: Miscellaneous comments about a theme. *The Gerontologist* 24, 354—359.
- Fries, J. F. (1989):** Erfolgreiches Altern. Medizinische und demographische Perspektiven. In Baltes, M. M., Kohli, M. (Hrsg.). *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen* (S. 19—26). Bern, Stuttgart, Toronto.
- Fruhmann, G. (1993):** Arbeitsmedizinische Aspekte und Bedingungen des Arbeitsschutzes bei der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer. Stellungnahme für die Bundestags-Enquete-Kommission „Demographische Wandel“. München.
- Fryers, T. (1983):** Ältere schwer geistig behinderte Erwachsene: Die Größe des Problems. In: *Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte* (Hrsg.). *Große Schriftenreihe*, Band 7. Marburg.
- Füsgen, J. (1988):** Alterskrankheiten und stationäre Rehabilitation. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.
- Füsgen, J./Naurath, H. J. (1989):** Geriatrie am Akutkrankenhaus. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 22, 180—183.
- Gadomski, M./Werner, G. T./Harlass, G. (1986):** Rehabilitation des älteren Menschen. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 31, 543—544.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1989):** Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen. In: Deppe, H.-U., Friedrich, H., & Müller, R. (Hrsg.). *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. (S. 119—133). Frankfurt/M., New York.
- Georg, A./Stupparth, R./Zoike, E. (1982):** Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen. Forschungsbericht. Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), Band 2. Ergebnisse. Essen.
- Geriatrie-Praxis (1993):** Den steilen Anstieg der Pflegebedürftigkeit stoppen. Bericht vom Experten-Hearing der Hirnliga „Die Therapie der Demenz — Möglichkeiten und Wirklichkeit“ Bonn, 03. Nov. 1993. In: *Geriatrie Praxis* 1—2, 35—39.
- Geriatrie-Praxis (1994):** 1. DEGAM-Presseworkshop: Die Allgemeinmedizin muß den geriatrischen Blick schulen. In: *Geriatrie-Praxis* (Sonderveröffentlichung). München.
- Gertz, H.-J./Kanowski, S. (1989):** Epidemiologie. In: Bergener, M. (Hrsg.). *Depressive Syndrome im Alter*. Stuttgart, New York.
- Görres, S. (1990):** Zur Situation der ambulanten Versorgung in der Gerontopsychiatrie. Eine Übersicht. In: *Soziale Arbeit* 9, 214—221.
- Görres, S. (1992 a):** Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege. — Ein partizipativer Ansatz für die Organisations- und Personalentwicklung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. In: *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift* 5, 337—342.
- Görres, S. (1992 b):** Geriatrische Rehabilitation und Lebensbewältigung. Alltagsbezogene Faktoren im Rehabilitationsprozeß und in der Nachsorge chronisch kranker älterer Menschen. Weinheim, München.
- Görres, S. (1992 c):** Qualitätssicherung durch den niedergelassenen Arzt. In: *Geriatrie Praxis* 9, 21—22.
- Görres, S. (1992 d):** Qualitätssicherung in der Geriatrie — Dimensionen, Inhalte und Methoden — Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2, 90—111.
- Görres, S. (1993):** Familienpflege und Angehörigenkarrieren: Entwicklung einer Forschungsdiagnose zur Belastung pflegender Angehöriger von chronisch kranken, älteren Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 5, 378—385.
- Görres, S. (1994 a):** Experten in eigener Sache. Qualitätszirkel in der Pflege. *Dr. med. Mabuse*. Febr./März, 33—35.
- Görres, S. (1994 b):** Pflegehandeln bei älteren Menschen — Ansätze zur Verwissenschaftlichung u. Ableitung curricularer Strukturen. (im Druck).
- Görres, S./Luckey, K. (1991):** Sozialstationen „neuen Typs“ — Ein bewährtes Konzept in der Entwicklung — In: *Sozialer Fortschritt* 9, 224—229.
- Görres, S./Meier-Baumgartner, H. P. (1986):** Dokumentation rehabilitierter Patienten einer medizinisch-geriatrischen Klinik. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 19, 2—6.
- Görres, S./Meier-Baumgartner, H. P. (1988):** Dokumentation und Forschung in der klinischen Rehabilitation geriatrischer Patienten. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 21, 346—351.
- Görres, S./Meier-Baumgartner, H. P. (1993):** Die Epidemiologie des Schlaganfalls. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 26, 482—493.
- Grond, E. (1988):** Psychosoziale Grundlagen der Verwirrtheit beim alten Menschen. In: Kruse, M., Schwarze, E. M. (Hrsg.). *Soziale Gerontologie. Weiterbildung Nr. 4*, Universität Hamburg. (S. 11—13). Hamburg.

- Guralnik, J. (1993):** Effects of education on disabled life expectancy. *New England Journal of Medicine*, July 1993.
- Gurland, B. J./Cpeland, J./Kurians Ky, M./Kelleker, M./Sharpe, C./Dean, L. L. (1983):** Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychol. Med.* 15, 771—788.
- Haag, G./Schneider, K. (1989):** „...wessen wir uns schämen müssen in einem reichen Land...“. Armutsbericht des Paritätischen Wohlfahrtsverbands für die Bundesrepublik Deutschland. *Blätter der Wohlfahrtspflege* 11/12, 321—330.
- Häfner, H. (1992):** Psychiatrie des höheren Lebensalters. In: Baltes, P. B. & Mittelstraß, J. (Hrsg.). *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. (S. 151—174). Berlin.
- Hamm, H. (1991):** Alte Patienten in der Allgemeinpraxis. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 67, (1541—1550).
- Henderson, A. S. (1986):** Epidemiology of mental illness. In: Häfner, H., Moschel, G. & Sartorius, N. (Eds.). *Mental Health of the elderly. A review of the present State of research*. Berlin, Heidelberg, New York.
- Henderson, A. S. (1992):** The epidemiology of mental disorders in elderly people. In: Evans, J. G. & Williams, T. F. (Eds.). *Oxford text book of geriatric medicine*. (S. 617—620). Oxford.
- Henniges, H. von (1987):** Auswirkungen moderner Technologien auf Arbeitsbedingungen. In: BiBB, IAB (Hrsg.). *Neue Technologien, Verbreitungsgrad, Qualifikation und Arbeitsbedingungen*. Beitrag 118. Nürnberg.
- Henrard, J.-C. (1988):** Soins et aides aux personnes âgées-description, fonctionnement du système français. Paris.
- Hirsch, R. D. (1993):** Gerontopsychiatrie: Zukunftsperspektiven und Impulse. Vortrag vor der Bundestags-Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“. Bonn.
- Hirsch, R. D./Luscher, Chr./Lotze, J./Schneider, H. K. (1991):** Die aktuelle Situation der gerontopsychiatrischen Abteilungen in den Landeskrankenhäusern. *Krankenhauspsychiatrie* 2, 66—71.
- Hoffmann, U. (1993):** Zum Aufbau einer nationalen Gesundheitsberichterstattung. In: *Wirtschaft und Statistik* 1, 33—42.
- Hoffmeister, H. (1989):** Welche Risiken bestimmen die Gesundheit? Manuskript. Berlin.
- Hoffmeister, H. (1990 a):** Die Lebensweise als Todesursache. Manuskript. Berlin.
- Hoffmeister, H. (1990 b):** Ernährungsbedingte Krankheiten. In: Jositz, I. (Hrsg.). *Nahrungsmittelqualität und gesunde Ernährung. Berichte und Studien der Hanns-Seidel-Stiftung, o. V., Band 54*. (S. 15—46). München.
- Hoffmeister, H. (1992):** Epidemiologie dementieller Krankheiten und damit verbundene Gesellschaftsprobleme. Manuskript. Berlin.
- Hoffmeister, H. (1993 a):** Gesundheitszustand verschiedener Altersgruppen. Bericht vor der Bundestags-Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ vom 24. Juni 1993. Berlin.
- Hoffmeister, H. (1993 b):** Gesundheitszustand und Krankheitsspektrum als Basis für Prävention. Vortrag auf dem Kongreß „Zukunftsufgabe Gesundheitsvorsorge“. Bonn.
- Hoffmeister, H. (1993 c):** Psychosoziale Belastungsfaktoren in den neuen Bundesländern. Manuskript. Berlin.
- Hofmann, A./Rocca, W. A./Brayne, C. et al. (1991):** The prevalence of dementia in Europe: a collaborative Study of 1980—1990 findings. *International Journal of Epidemiology* 20, 736—748.
- Hofmann, T. (1993):** Einführung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.). *Alt und geistig behindert. Ein europäisches Symposium*. (S. 15—17). Marburg.
- Idler, E. L./Kasl, S. (1991):** Health perceptions and survival: Do global interventions of health status really predict mortality? *Journal of Gerontology* 46, 55—65.
- IGSF, Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (1991):** Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. Kiel.
- Ineichen, B. (1987):** Measuring the rising tide. How many dementia cases will there be by 2001? *British Journal of Psychiatry* 87, 193—200.
- Infratest; Scheekloth, U./Potthoff, P. (1993):** Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des BMFuS. Stuttgart.
- Janositz, P. (1994):** Kalzium und Bewegung helfen gegen mürbe Knochen. *Frankfurter Rundschau* vom 26.03.1994, S. 6.
- Johnson, M. (1989):** Long-Term Care for the Elderly in England. In: Schwab, Th. (Ed.). *Caring for an Aging World*. (S. 162—192). New York, St. Louis.
- Jorm, A./Scott, R./Jacomb, P. A. (1989):** Assessment of cognitive decline in dementia by informant questionnaire. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 4, 35—39.
- Kane, R. C. (1988):** Beyond Caring: The Challenge to Geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society* 36, 467—472.
- Kane, R. A./Kane, R. L. (1983):** Assessing the elderly. A practical guide to measurement, 2. Aufl. Lexington, Massachusetts, Toronto.
- Kane, R. L./Radoserich, D. M./Kaupel, J. W. (1990):** Compression of morbidity: issues and irrelevancies. In Kane, R. L., Evans, J. G., McFadyen, D. (Eds.). *Improving the Health of Older People: A World View*. (S. 30—49). Oxford, New York, Tokyo.
- Kannel, W. B./Wolf, P. A./McGee, D. L. et al. (1981):** Systolic blood pressure, arterial rigidity and risk of stroke. The Framingham Study. *Jama* 245, 1442—1445.

- Karl, F. (1986):** Epidemiologische Aspekte des apoplektischen Syndroms bei über 60jährigen. In: Schütz, R. M. (Hrsg.). In: *Praktische Geriatrie* 6, (S. 232—247). Lübeck.
- Karl, F. (1990):** Gerontologische Springflut? In: KDA (Hrsg.). *Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie und Geriatrie. Beiträge der Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie*, 10.—12. 9. 1989 in Dortmund. (S. 159—164). Köln.
- Karl, F./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.) (1994):** *Soziale Gerontologie — Wissenschaft und Praxis*. Kasseler Gerontologische Schriften, Band 15. Kassel.
- Kastelein, M./Dijkstra, A./Schouten, C. C. (1989):** *Care of the Elderly in the Netherlands. A Review of Policies and Services 1950—1990*. Leiden.
- Kinzler, E./Schweizer, A. (1988):** Zur Situation der Gerontopsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Zeitschrift für Geriatrie* 1, 292—298.
- Klein, Th. (1993):** Soziale Determinanten der Lebenserwartung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 4, 712—730.
- Koch, A./Kühnert, S. (1992):** Das Fort- und Weiterbildungsangebot für professionelle Mitarbeitergruppen in der Altenarbeit in den alten Bundesländern. Expertise für die Erstellung des Ersten Altenberichtes der Bundesregierung. Dortmund.
- Kohnert, M./Hennig, Ch./Gulbink/Schwitzer, K.-P./Ries, W./Schwarz, J. (1992):** Ergänzende Ergebnisse zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung aus den neuen Bundesländern. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.)*. *Expertisen zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung*. Berlin; DZA.
- Krämer, W. (1992):** *Alten- und Gesundheitswesen. Probleme und Lösungen aus der Sicht der Gesundheitsökonomie*. In: Baltes, P. B. & Mittelstraß, J. (Hrsg.). *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. Berlin.
- Krauß, B./Cornelsen, J./Lauter, H./Schlegel, M. (1977):** Vorläufiger Bericht über eine epidemiologische Studie der 70jährigen und Älteren in Göttingen. In: Deguwitz, R., Radebold, H. & Schulte, P. W. (Hrsg.). *Gerontopsychiatrie* 4, Janssen Symposium. Düsseldorf.
- Kretschmann, R. (1988):** *Ambulante psychiatrische Pflege durch Sozialstationen*. Freiburg.
- Krug, W./Reh, G. (1991):** *Pflegebedürftige in Heimen. Statistische Erhebungen und Ergebnisse*. 2 Bände. Universität Trier. Trier.
- Kruse, A. (1992):** Die Kompetenz im Alter in ihren Bezügen zur objektiven und subjektiven Lebenssituation. *Habilitationsschrift*. Heidelberg.
- Kruse, A. (1993):** *Geriatrische Rehabilitation — Zusammenfassung und Ausblick*. In: Niederfranke, A. (Hrsg.). *Fragen geriatrischer Rehabilitation. Beiträge des Symposiums „Fragen geriatrischer Rehabilitation“*. Schriftenreihe des BMFuS, Band 21, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Kruse, A./Kruse, W. (1990):** *Ambulante Rehabilitation älterer Patienten. Ein empirischer Beitrag aus der hausärztlichen Praxis*. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 66, 677—686.
- Kruse, A./Lehr, U. (1988):** *Psychologische Aspekte des Alterns*. In: Staatsministerium Baden-Württemberg (Hrsg.). *Altern als Chance und Herausforderung*. (S. 61—66). Stuttgart.
- Kruse, W. (1993):** *Medikamente in der Geriatrie*. In: Niederfranke, A. (Hrsg.). *Fragen geriatrischer Rehabilitation. Beiträge des Symposiums „Fragen geriatrischer Rehabilitation“*. Schriftenreihe des BMFuS, Band 21. (S. 127—131). Stuttgart, Berlin, Köln.
- Kruse, W./Nikolaus, Th. (1992):** *Geriatrie*. Heidelberg.
- Kühnert, S. (1993):** *Qualitätssicherung durch Aus-, Fort- und Weiterbildung*. In: Klie, Th. (Hrsg.). *Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege*. Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe. (S. 39—53). Hamburg.
- Kühnert, S./Naegele, G. (1992):** *Qualitätsverbesserung in der Altenarbeit durch Qualifizierung der Fachkräfte*. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 2.
- Kuhn, K./Henter, A. (1994):** *Arbeitsmedizinische Aspekte und Bedingungen des Arbeitsschutzes bei der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer*. Stellungnahme für die Bundestags-Enquete-Kommission. Dortmund.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (1993):** *Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Altenhilfe — eine Analyse im Auftrag des KDA bringt einen Überblick*. Presse- und Informationsdienst 3, 6—8.
- Lang, E./Diepgen, T. (1988):** *Alter und Krankheit*. In: Lang, E. (Hrsg.). *Praktische Geriatrie*. Stuttgart.
- Lang, E./Bahr, G./Arnold, K. (1993):** *Geriatrische und gerontopsychiatrische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Expertise für die Erstellung des Ersten Altenberichts der Bundesregierung*. Berlin: DZA.
- Lauter, H. (1974):** *Epidemiologische Aspekte alterspsychiatrischer Erkrankungen*. In: *Der Nervenarzt* 45, 277—288.
- Lauter, H./Kurz, A. (1988):** *Demenzkrankungen im mittleren und höheren Lebensalter*. In: Kisker, K. P., Lauter, H., Meyer, J. E., Müller, C. & Strömgen, E. (Hrsg.). *Psychiatrie der Gegenwart*, Band 8, *Alterspsychiatrie* (S. 135—200). Heideberg.
- Lauter, H./Dame, S. (1991):** *Depressive disorders and dementia: the clinical view*. *Acta Psychiatr. Scand-Supple* 366, 40—46.
- Lehmkuhl, D./Bosch, G./Steinhardt, J./Werner, J. (1985):** *Psychisch Kranke und Behinderte in Charlottenburger Heimen — Eine versorgungsepidemiologische Studie*. In: Bosch, G., Kuhlenkamp, C. (Hrsg.). *Aktion psychisch Kranker, Komplementäre Dienste — Wohnen und Arbeiten*. *Tagungsberichte*, Band 11. Köln.
- Lehr, U. (Hrsg.) (1979):** *Interventionsgerontologie*. Darmstadt.
- Lehr, U. (1987 a):** *Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien*. In: Lehr, U., Thomae, H. (Hrsg.). *Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen*

- Längsschnittstudie (BOLSA). (S. 153—159). Stuttgart.
- Lehr, U. (1987 b):** Kompetenz im Alter. Ist die Bundesrepublik ein Land der Hilfsbedürftigen? Universitas, 42 (1987) 9, S. 879—890.
- Lehr, U. (1990):** Grußworte. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie und Geriatrie. Beiträge der Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, 10.—12. 9. 1989 in Dortmund. KDA-Forum, Band 13. (S. 7). Köln
- Lehr, U./Thomae, H. (1987):** Formen seelischen Alterns. Stuttgart.
- Lucke, Ch. (1987):** Statement. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). Rehabilitation, Herausforderung an alle. Bundeskongress für Rehabilitation 1987. Kongressbericht. (S. 254—255). Frankfurt/M.
- Lucke, C./Kleff, G. A. (1988):** Über die prothetische Versorgung alter Menschen nach Amputation der unteren Extremitäten. In: Zeitschrift für Gerontologie 21, 320—326.
- Luthlen, E. (1988):** Fehlbelegung und Fallzahl. Bundesarbeitsblatt 5, 11—14.
- Mäckelburg, U./Ringe, J. D./Meier-Baumgartner, H. P. (1989):** Häufigkeit chronischer Erkrankungen des Bewegungsapparates im geriatrischen Patientengut. In: Schütz, R.-M. (Hrsg.). Praktische Geriatrie 9. Lübek.
- Mann, B. (1992):** Alter und Behinderung. Expertise zum 1. Altenbericht der Bundesregierung. Konstanz.
- Manton, K. G./Corder, L. S./Stallard, E. (1993):** Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the U.S. elderly population from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Survey. Journal of Gerontology: Social Sciences, 48 (1993) 4, 153—166.
- Meier-Baumgartner, H. P. (1988):** Geriatrie Rehabilitation in Klinik und Tagesklinik. Blätter der Wohlfahrtspflege 7—8, 174—175.
- Meier-Baumgartner, H. P. (1989):** Geriatrie Rehabilitation im Krankenhaus — eine retrospektive Untersuchung an über 60jährigen Schlaganfallpatienten — Habilitationsschrift. Hamburg.
- Meier-Baumgartner, H. P./Görres, S. (1993):** Dokumentation: Geriatrie Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland. Expertise für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Hamburg.
- Meier-Baumgartner, H. P./Nerenheim-Dascha, J./Görres, S. (1992):** Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter teilstationärer und stationärer Betreuung. Schriftenreihe des BMFuS, Band 12.2. Stuttgart, Berlin, Köln.
- Meyer-König, E./Riederer, M. (1983):** Das hirnganische Psydosyndrom (HOPS) bei Pflegeheimbewohnern — seine klinisch korrelierte und seine prognostische Bedeutung. Vortrag beim 11. Symposium der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie, 23.—24. 9. 1983 in Göppingen. Hamburg.
- Minnemann, E./Kruse, A. (1992):** Interdisziplinäre Langzeit-Studie des Erwachsenenalters über Bedingungen zufriedenen und gesunden Alters (ILSE). Exploration. In: Schütz, R. M., Kuhlmeier, A. & Tews, H. P. (Hrsg.). Altern in Deutschland. (S. 248). Berlin.
- Mischo-Kellnig, M. (1986):** Die Versorgungssituation in den internistischen Fachabteilungen der Hamburger Krankenhäuser. Untersuchung im Auftrag der Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg.
- Möhlmann, H./Zollmann, P. (1989):** Die gesundheitliche Situation in der Bundesrepublik Deutschland. Sonderforschungsbereich 3. Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik. J. W. Goethe-Universität Frankfurt und Universität Mannheim.
- Müller, R. (1985):** Soziale Ungleichheit vor Tod. In: Milles, D. & Müller, R. (Hrsg.). Berufsarbeit und Krankheit. Frankfurt.
- Müller, R. (1994):** Arbeitsmedizinische Aspekte und Bedingungen des Arbeitsschutzes bei der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer. Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Demographischer Wandel“ vom 14. Januar 1994. Bonn.
- Murphy, E. (1989):** Depressionen im Alter. In: Kisher, K. P., Lauter, H., Meyer, J. E., Müller, C. & Strömgen, E. (Hrsg.). Psychiatrie der Gegenwart, Band 8: Alterspsychiatrie. (S. 225—251). Berlin, Heidelberg, New York.
- Naegele, G. (1990):** Sozialpolitische Aspekte der Bildungsarbeit mit und für ältere(n) Menschen. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie und Geriatrie. Beiträge der Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, 10.—12. 9. 1989 in Dortmund. KDA Forum, Band 13. (S. 46—61). Köln.
- Naegele, G. (1991):** Strukturwandel des Alters und die Situation der Heime. Evangelische Impulse, 4.
- Naegele, G. (1992):** Zwischen Arbeit und Rente. Augsburg.
- Naegele, G. (1993 a):** Solidarität im Alter. Überlegungen zu einer Umorientierung in der Alterssozialpolitik. In: Sozialer Fortschritt 8, 191—196.
- Naegele, G. (1993 b):** Thesen zum Thema „Soziale Dienste in einer älter werdenden Gesellschaft.“ Vorgelegt der Bundestags-Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ am 22.09.1993. Dortmund.
- Naegele, G./Igl, G. (1993):** Neue Aspekte in der Pflege? In: Soziale Sicherheit 8—9, 236—243.
- Naegele, G./Reichert, M./Kühnert, S. (1992):** Die Bedeutung der Altenberichterstattung für die Altenpolitik und -planung. In: Schütz, R.-M., Kuhlmeier, A. & Tews, H. P. (Hrsg.). Altern in Deutschland. (S. 257—258). Berlin.
- Naschold, F./Wagner, G./Rosenow, J. (1989):** Betriebe und Staat im altersstrukturellen Wandel. Eine Projektskizze. WZB-Publikation. Berlin.
- Nausner, H. (1989):** Statement. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.). Ergebniszusammenfassung der Expertenanhörung zur geriatrischen Versorgung am 07. Juli 1989 in Stuttgart. Stuttgart.

- Neumann, H. (1993):** Zur Epidemiologie der Suizide in der alten Bundesrepublik 1950—1990 unter Berücksichtigung der Lebensverlängerung. In: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung 3, 75—79.
- Neumann, J./Wacker, E. (1993):** Haushaltserhebung zur Lebenssituation behinderter Menschen. In: Bundestags-Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“. Zusammenfassung der Berichterstattung über das Symposium „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ am 24. März in Bonn. Bonn.
- NRW-Belegstruktur (1988):** Belegstruktur in Alten- und Pflegeheimen NRW. Auswertung der Erhebung über die Belegstruktur in Alten- und Altenpflegeheimen im Bereich der Freien Wohlfahrtspflege in NRW. 1988. Manuskript. Köln.
- Nuthmann, C. (1992):** Die Berliner Altersstudie (BASE) — Ein Überblick. In: Schütz, R.-M., Kuhlmei, A. & Tews, H. P. (Hrsg.). Altern in Deutschland. (S. 201—215). Berlin.
- Oesterreich, K. (1975):** Psychiatrie des Alterns (1. Aufl.). Heidelberg.
- Oesterreich, K. (1993):** Gerontopsychiatrie. Forschung, Lehre, Praxis, Perspektiven. München.
- Olbermann, E./Reichert, M. (1993):** Hochaltrigkeit und Strukturen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung. In: Naegele, G., Tews, H. P. (Hrsg.). Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft — Folgen für die Politik. (S. 200—214). Köln, Opladen.
- Olbrich, E. (1991):** Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität — Psychologische Beiträge zur Entwicklung, Erhaltung und Stärkung von Kompetenz im Alter. In: Schütz, R.-M., Schmidt, R. & Tews, H. P. (Hrsg.). Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität. (S. 144—155). Lübeck: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie.
- Ostermann, K. (1990):** Verbesserung des Gesundheitszustandes Pflegebedürftiger durch Rehabilitationsmaßnahmen in der offenen Altenhilfe. Hausdruck des Hessischen Ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), 4. Aufl.. Wiesbaden.
- Pallenberg, C. (1983):** Dokumentation der universitären gerontologischen Lehrangebote (WS 1981/82 — SS 1982). Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Band 45. Berlin.
- Palmore, E. (1985):** Predictors of the longevity difference. In: Palmore, E., Busse, E. W., Maddox, G. L., Nowlin, J. B. & Siegler, J. C. (Eds.). Normal Aging III. (S. 19—28). Durham, N.C.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.) (1979):** Gesellschaftliche Daten 1979. Reihe Berichte und Dokumentationen, Bd. 20. Bonn.
- Radebold, H./Oesterreich, K. (1989):** Psychisch kranken alten Menschen helfen. Entwurf eines Curriculums. Schriftenreihe „Vorgestellt“, Nr. 49. Köln: KDA.
- Rehfeld, U. (1987):** Einflußfaktoren in ihrer Auswirkung auf die Frühinvalidität. Das öffentliche Gesundheitswesen, 49.
- Rocca, W. A./Bonainto, S./Lippi, A. et al. (1990):** Prevalence of clinically diagnosed Alzheimer's disease in another dementing disorders: a door-to-door survey in Appignano, Macerata Province, Italy. Neurology 40, 626—631.
- Rönsch, H. (1993):** Geriatrische Rehabilitation als politische Herausforderung. In: Niederfranke, A. (Hrsg.). Fragen geriatrischer Rehabilitation. Beiträge des Symposiums „Fragen geriatrischer Rehabilitation“. Schriftenreihe des BMFuS, Band 21. (S. 13—15). Stuttgart, Berlin, Köln.
- Rubenstein, L. Z./Josephson, K. R./Wieland, G. O. et al. (1984):** Effectiveness of a geriatric evaluation unit. The New England Journal of Medicine 26, 1664—1670.
- Rückert, W. (1987):** Demographische Grundlagen zur Altenhilfeplanung. In: Brandt, H., Dennebaum, E. M. & Rückert, W. (Hrsg.). Stationäre Altenhilfe. Problemfelder der — Rahmenbedingungen — Perspektiven. Freiburg im Breisgau.
- Rückert, W. (1989):** Die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf Pflege-, Hilfs- und Versorgungsbedürftigkeit. In: v. Ferber, Chr., Radebold, H. & v. d. Schulenburg, M. (Hrsg.). Die demographische Herausforderung. Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur. Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 23, Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.). (S. 111—143). Gerlingen.
- Rückert, W. (1991):** Not der Pflege — Wie ist der Pflegenotstand zu bewältigen? Ansätze zu einer Verbesserung der Situation in Bund, Ländern und Gemeinden — eine vorläufige Bilanz. In: Schütz, R.-M., Schmidt, R. & Tews, H. P. (Hrsg.). Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität. (S. 230—240). Lübeck: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie.
- Rückert, W. (1992):** Gegenwärtige Personalsituation in der Altenhilfe. „Thema“, Nr. 54. Köln: KDA.
- Rückert, W. (1993):** Zum Bedarf an stationärer Altenhilfe. Manuskript. Köln.
- Rüth, W. (1976):** Ursachen vorzeitiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Göttingen.
- Rupprecht, R./Gunzelmann, Th./Oswald, W. D. (1992):** Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Erste Ergebnisse der Basisuntersuchung. In: Schütz, R.-M., Kuhlmei, A. & Tews, H. P. (Hrsg.). Altern in Deutschland. (S. 240). Berlin.
- Rustemeyer, J. (1987):** Die geriatrische Klinik als wichtiger Faktor in der Rehabilitation. Evangelische Impulse 5, 14—16.
- Ruß, W. (1982):** Die Sozialversicherung der DDR. Frankfurt/M.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1988):** Medizinische und ökonomische Orientierung. Jahresgutachten 1988. Vorschläge für eine konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1990):** Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1990. Baden-Baden.

- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994):** Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sachstandsbericht 1994. Bonn.
- Sandholzer, H./Knochen, M. M. (1993):** Stellenwert der Primärversorgung bei der gemeindenahen Rehabilitation älterer Menschen. In: Niederfranke, A. (Hrsg.). Fragen geriatrischer Rehabilitation. Beiträge des Symposiums „Fragen geriatrischer Rehabilitation“. Schriftenreihe des BMFuS, Band 21. (S. 131—136). Stuttgart, Berlin, Köln.
- Seitz, B. (1988):** Ambulante Pflege psychisch veränderter alter Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie 21, 10—15.
- Shanas, E. (1982):** National Survey of the Aged. Washington D. C. Socialdata; Brög, W., Häberle, G.-F., Mettler-Meibom, B. & Schellhaas, U. (1980). Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Ermittlung der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalysen. Schriftenreihe des BMJFG, Band 80. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.
- Steffelaar, J. W./Evenhuis, H. M. (1989):** Epidemiologisch onderzoek naar de te verwachten aantallen oudere patiënten met syndroom van Down in de jaren 1990—2025. Ned. Tijdschr. Geneeskde, 1121—1125.
- Steinmann, B. (1972):** Rehabilitation in Geriatrie und Altersturnen. In: Sozialmedizin 4, 406—413.
- Steinmann, B. (1976):** Die Rehabilitation im Alter. Zeitschrift für Gerontologie 9, 195—197.
- Stitzel, M. (1987):** Der gleitende Übergang in den Ruhestand. Interdisziplinäre Analyse einer alternativen Pensionierungsform. Frankfurt/M.
- Störmer, A. (1970):** Kritische Gedanken zur Rehabilitation im Alter. In: Störmer, A. (Hrsg.), Geroprophylaxe, Infektions- und Herzkrankheiten, Rehabilitation und Sozialstatus im Alter. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie 1969. (S. 253—257). Darmstadt.
- Stuppardt, R. (1990):** Betriebliche Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszirkel als Instrument der Gesundheitsförderung. In: Thiele, W. & Trojan, A. (Hrsg.). Lokale Gesundheitsberichterstattung. (S. 144—153). Sankt Augustin.
- Summa, J. D. (1988):** Körperliche Erkrankungen als Risikofaktoren von Suizidhandlungen im Alter. In: Böhme, K. & Lungershausen, E. (Hrsg.). Suizid und Depression im Alter. (S. 118—129). Regensburg.
- Svanborg, A. (1985):** Health productivity and aging: Interventions. In: Butler, R. N. & Gleason, H. P. (Eds.). Productive Aging. New York.
- Svanborg, A. (1988):** The health of the elderly population: results from longitudinal studies with age-cohort comparisons. In: Ciba Foundation Symposium 134. Research and the Aging Population. (S. 3—16). Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore.
- Schaefer, D. (1989):** Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelles Interventionsmuster bei chronisch kranken alten Patienten. In: Zeitschrift für Sozialreform 11/12, 737—749.
- Schmähl, W. (1993):** Zum Vergleich von Umlageverfahren und kapitalfinanzierten Verfahren zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart.
- Schmidt, R. (1989):** Die „schlaue“ Altenhilfe. Zur Entwicklung des Fort- und Weiterbildungsmarktes in dem achtziger Jahren. Berlin: DZA.
- Schmidt, R./Schmidt, E. H. (1985):** Vor- und Nachsorge für psychisch Kranke. Manuskript. o. O.
- Schmidt, A./Jahn, E./Scharf, B. (Hrsg.) (1987):** Die solidarische Gesundheitssicherung in der Zukunft. WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Nr. 60, Band 1. Köln.
- Schmidt, R. (1993):** Sozialstationen in Brandenburg. Materialien zur Entwicklung einer Altenhilfestruktur in einem neuen Bundesland. Berlin: DZA.
- Schneider, W. F. (1989):** Zukunftsbezogene Zeitperspektive von Hochbetagten. Regensburg.
- Schramm, A. (1987):** Geriatrie — Stiefkind der Medizin? Evangelische Impulse 5, 4—6.
- Schramm, A. (1988):** Polypathie und Multimorbidität. In: Lang, E. (Hrsg.). Praktische Geriatrie. (S. 81—84). Stuttgart.
- Schröer, A./Söckert R. (1992):** Betrieblicher Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel — ein integriertes Verfahren der Gesundheitsförderung für die betriebliche Krankenversicherung. Sozialwissenschaften und Berufspraxis 1, 50—62.
- Schroll, M. (1989):** Use of longitudinal data for future research. Experience from a danish health study on the elderly. In: Munnichs, J., Stevens, N. L. (Eds.). Evaluation and Intervention. Research on Aging. (S. 185—188). Berlin, Nijmegen.
- Schübler, G. (1993):** Bewältigung chronischer Krankheiten. Göttingen.
- Schütz, R.-M. (1989):** Aktuelle Situation in der Geriatrie. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.). Geriatrie, Analysen und Vorschläge zu einer künftigen Versorgungsstruktur. Politik für die ältere Generation, Band 1. (S. 35—39). Stuttgart.
- Schütz, R.-M. (1994):** Alter und Behinderung. Versuch einer Standortbestimmung. In: Zeitschrift für Gerontologie 27, 65—72.
- Schweitzer, K.-P./Winkler, G. (Hrsg.) (1993):** Altenreport 1992. Zur sozialen Lage und Lebensweise älterer Menschen in den neuen Bundesländern. Berlin.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1989):** Datenreport 4. Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (1992):** Entwicklung der Bevölkerung bis 2030. Wirtschaft und Statistik 4, 217 f.
- Statistisches Bundesamt (1993):** Aufbau einer nationalen Gesundheitsberichterstattung. Studienhandbuch Basisbericht — Entwurf — Wiesbaden.
- Steinhagen-Thiessen, E./Gerok, W./Borchelt, M. (1992):** Innere Medizin und Geriatrie. In: Baltes, P. B. & Mittelstraß, J. (Hrsg.). Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. (S. 124—150). Berlin.
- Tews, H. P. (1991):** Sozialer Alterswandel — Konsequenzen für Prävention, Rehabilitation und Irreversibilität: Soziologische Aspekte. In: Schütz, R.-M.,

Schmidt, R. & Tews, H. P. (Hrsg.). Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität (S. 83—99). Lübeck: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie.

Tews, H. P. (1993): Altenhilfepolitik für behinderte Menschen . . . ? Altenhilfepolitik für alte Behinderte? Vortrag zur Fachkonferenz „Altenpolitik für Behinderte im Seniorenalter“ des BMFuS, Bonn-Bad Godesberg, 29.—30. 03. 1993. Heidelberg.

Thiele, W./Trojan, A. (Hrsg.) (1990): Lokale Gesundheitsberichterstattung. Hilfen auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik? St. Augustin.

Thomae, H. (1968): Das Individuum und seine Welt. Göttingen.

Thomae, H. (1985): Die psychologische Situation des alternden und geistig Behinderten. In: Symposium der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.. Große Schriftenreihe, Band 10. Marburg.

Thomae, H. (1987): Kompetenz älterer Menschen und ihre Bedeutung für die Familie, In: Thomae, H.; Kruse, A.; Wilbers, J.: Kompetenz und soziale Beziehungen im Alter. Materialien zum Vierten Familienbericht, Band 2, München (Verlag Deutsches Jugendinstitut) 1987, S. 1—115.

Thomae, H. (1993 a): Psychosocial aspects of longevity and healthy aging. In: Dall, J. C. C., Ermini, M. et al. (Edts.). Prospects in Aging. (S. 3—22). London.

Thomae, H. (1993 b): Die Bonner Gerontologische Längsschnittstudie (BOCSA). In: Zeitschrift für Gerontologie 26, 142—150.

Thomae, H./Lehr, U. (1973): Berufliche Leistungsfähigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Göttingen.

Tokarski, W. (1990): Zur gerontologischen Ausbildungssituation an den wissenschaftlichen Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie und Geriatrie. Beiträge zur Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, 10.—12. 9. 1989 in Dortmund. KDA Forum, Band 13. (S. 34—41). Köln.

Tokarski, W. (1994): Gerontologie und soziale Gerontologie als Wissenschaft. In: Karl, F. & Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.). Soziale Gerontologie — Wissenschaft und Praxis. Kasseler Gerontologische Schriften, Band 15. (S. 31—57). Kassel.

UNESCO-Kurier (1981): Behinderte Menschen überwinden die Absonderung. Nr. 1/22.

Verhülsdonk, R. (1993): Grußwort anlässlich des Symposiums des BMFuS zur Untersuchung „Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebensführung“ am 24. März 1993 in Bonn. BMFuS Pressemitteilung, Bonn.

Viethnes, R. (1982): Behandlungsfall oder Pflegefall — Bemerkungen aus sozialmedizinischer Sicht. In: Zeitschrift für Sozialreform 6, 357 f.

Voges, W. (1992): Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Analysen im Zeitraum der Implementation des BSG-Urteils zur „konkreten Betrachtungsweise“. Bremen.

Volk, S./Wurtz, R./Sommerfeldt, D./Kaendler, S./Pflug, B. (1993): Depressivität und kognitive Beeinträchtigung im höheren Lebensalter — Die standardisierte Erfassung des depressiven Syndroms mit dem Carnell-Fragebogen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 6, 167, 173.

Volkholz, V./Schwarz, F. (1984): Längsschnittanalyse von Mobilität und Krankenstand, Annäherung an sozialwissenschaftliche Verlaufsanalysen mit Hilfe von Krankenkassendaten. Bremerhaven.

Wacker, E. (1993): Versorgungslage von in Haushalten lebenden Menschen mit Behinderungen. Vortrag auf dem Symposium „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ am 24. März 1993 in Bonn. Bonn.

Wächtler, C./Möller, H. J./Bürk, F./Kurz, A./Torhorst, A./Lauter, H. (1988): Suizidversuche älterer Menschen — Was ist typisch? In: Böhme, K. & Langershausen, E. (Hrsg.). Suizid und Depression im Alter (S. 100—117). Regensburg.

Wahl, H.-W./Baltes, M. M. (1993): Ökologische Aspekte geriatrischer Rehabilitation. In: Niederfranke, A. (Hrsg.). Fragen geriatrischer Rehabilitation. Beiträge des Symposiums „Fragen geriatrischer Rehabilitation“. Schriftenreihe des BMFuS, Band 21. (S. 53—69). Stuttgart, Berlin, Köln.

Werner, W. (1990): Forschung und Lehre in der Geriatrie. In: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie (Hrsg.). Stand und Zukunftsperspektive der Gerontologie in der Bundesrepublik Deutschland: Forschung und Lehre. (S. 49—52). Lübeck.

Wernicke, T. F./Reischies, F. M. (1994): Prevalence of dementia in old age: Clinical diagnoses in subjects aged 95 years and older. *Neurology* 44, 250—253.

WHO-Report (1989): Health of the elderly, Report of a WHO Expert committee. Technical Report Series 779. Geneva.

Wieland, H. (1992): Die Zuspitzung einer lebenslangen Benachteiligung. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). Geistig Behinderte im Alter. Köln.

Williams, T. F. (Ed.) (1985): Rehabilitation in the Aging. New York.

Windisch, M./Kniel, A. (1993): Lebensbedingungen behinderter Erwachsener. Eine Studie zu Hilfebedarf, sozialer Unterstützung und Integration. Weinheim.

Zappolo, A. A./Sandström, G. (1989): Long-Term Care for the Elderly in Sweden. In: Schwab, T. (Ed.). Caring in an Aging World. (S. 22—57). New York, St. Louis.